

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 102

LA
RÉTENTION D'URINE
DANS LES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1928

PAR

Isabelle-Marie-Thérèse LABONNE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Née à SAINT-GERMAIN-ET-MONS (Dordogne), le 20 janvier 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur. . . .	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548412_0066

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1927-1928. — N° 102

LA
RÉTENTION D'URINE
DANS LES FIBROMES UTÉRINS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le vendredi 27 juillet 1928

PAR

Isabelle-Marie-Thérèse LABONNE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Née à SAINT-GERMAIN-ET-MONS (Dordogne), le 20 janvier 1902.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur. . . .	<i>Président.</i>
		ROCHER, professeur	{ <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé	
		JEANNENEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, POUSSE, MOURE, PRINCETEAU,
W. DUBREUILH, RIVIÈRE

PROFESSEURS :

MM.		MM.	
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie. .	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales. .	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	N.	Clinique méd. des maladies des enfants. .	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique. . .	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité méd.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. LABAT (Pharmacie). — DELAUNAY (Physiologie).
MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).



AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.	DUBECQ.	Maladies mentales.	PERRENS.
Histologie.	LACOSTE.	Chirurgie générale.	PAPIN.
Anatomie pathologique.	MURATET.	id.	JEANNENEY.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	CHARRIER.
Histoire naturelle pharmaceutique.	FOURMENT.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	CREYX.	Obstétrique.	PERY.
id.	BONNIN.	id.	FAUGÈRE.
id.	AUBERTIN.	Ophthalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	DAMADÉ.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie.	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmac..	LABAT.
Médecine opératoire	PAPIN.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Chimie minérale	GOLSE.
Puériculture	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON FIANCÉ

MONSIEUR RAPHAËL GUIGNARD

Docteur en Pharmacie.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS SINGER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉLIX PAPIN

*Chargé du cours complémentaire de Médecine opératoire,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

LA

RÉTENTION D'URINE

DANS LES FIBROMES UTÉRINS

INTRODUCTION

C'est pour nous un agréable devoir que d'exprimer toute notre profonde reconnaissance au maître excellent à qui nous sommes redevable de nos modestes connaissances en urologie, M. le professeur Duvergey, dont la paternelle bonté nous a toujours touchée et qui a bien voulu nous guider pour mener à bien cette thèse.

Étant externe de son service, nous eûmes l'occasion d'observer une malade, envoyée par son médecin pour examen cystoscopique, car en face d'accidents de rétention d'urine, il avait pensé à la présence d'un polype vésical. L'examen complet de la malade montra qu'il s'agissait en réalité d'un fibrome n'ayant trahi sa présence que par plusieurs crises espacées de rétention d'urine.

Cette complication des fibromes, survenant en dehors de tout autre signe fonctionnel pouvant orienter le diagnostic vers celui de fibromyome de l'utérus, nous frappa, et c'est avec plaisir que nous acceptâmes cette étude comme sujet de thèse.

Guyon, en 1860, consacrant sa thèse d'agrégation à l'étude des tumeurs fibreuses de l'utérus, signale la pollakiurie, la dysurie comme assez fréquemment observées. En dehors des complications ordinaires des fibromes, il parle d'accidents peu fréquents, tels que la perforation de la cloison vésico-vaginale, d'ascite entretenue par les corps fibreux sous-péritonéaux, de compression du rectum ayant amené de l'occlusion intestinale; nulle part on ne trouve mentionnée la rétention d'urine.

La première observation de rétention d'urine liée à la présence d'un fibrome utérin paraît être relatée en 1868 par le docteur Pepper. Quelques années plus tard, la littérature médicale s'enrichit; Bourdon (1871) et Budin (1875), en France, Hardie, en Angleterre (1874), publient d'intéressantes observations. Depuis, de nombreux cas ont été relatés et la plupart d'entre eux groupés par Bonnet dans sa thèse parue en 1925 qui constitue le premier travail d'ensemble sur cette question.

Peu avant, en 1924, le professeur Hartmann, se basant sur une riche statistique personnelle, avait montré la fréquence de cet accident par rapport aux fibromes en général et aux fibromes plus particulièrement compliqués des autres troubles vésicaux. Il a eu le mérite de montrer que, contrairement à l'opinion classique, la rétention d'urine est plus fréquemment observée dans les fibromes du corps que dans les fibromes du col. Au point de vue pathogénique, il a montré encore l'importance de la variété postérieure qui prédomine nettement dans la fréquence des accidents de rétention.

Nous sommes heureuse d'apporter notre modeste contribution à cette étude et de relater quelques cas observés ces dernières années dans les hôpitaux bordelais.

VALEUR ANATOMO-CLINIQUE DE LA RÉGION UTÉRO-VÉSICALE

Un rappel sommaire de l'anatomie de la région utéro-vésicale met en relief deux points qui ont une grande valeur quant à la pathogénie de la rétention d'urine dans les fibromes, à savoir :

1° Les rapports anatomiques qui unissent étroitement l'appareil urinaire et l'appareil génital chez la femme ;

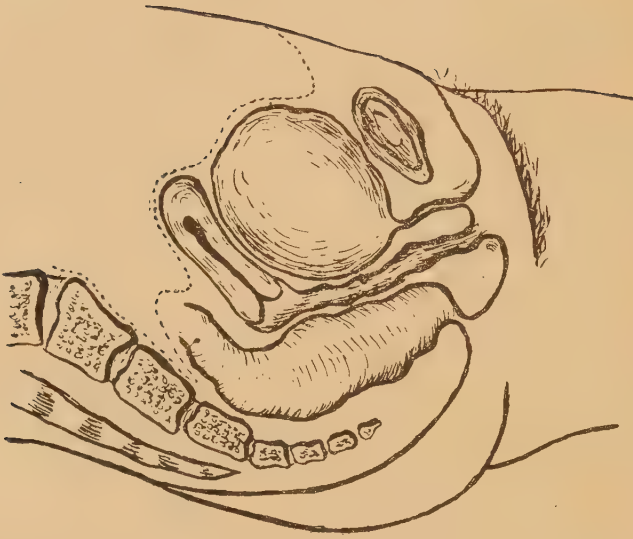
2° La situation de la vessie et de l'utérus dans une enceinte inextensible essentiellement osseuse : la ceinture pelvienne.

Les rapports anatomiques qui existent entre l'appareil urinaire et l'appareil génital chez la femme, les anastomoses vasculaires qui relient la circulation de l'utérus à celle de la vessie expliquent comment les affections uro-génitales sont souvent solidaires et connexes. Un contact anatomique intime permet à l'utérus malade ou devenu le siège d'une humeur de comprimer l'urètre ou la vessie (Labadie, Lagrave et Legueu).

I. — **Rapports de l'utérus et de la vessie.**

La vessie est logée dans la partie antérieure du pelvis, en arrière de la symphyse et du pubis, un peu au-dessus du plancher des releveurs. L'utérus (corps et col) présente avec elle des rapports étroits.

Rapports du corps utérin et de la vessie. — La face antéro-inférieure ou vésicale du corps utérin entre en contact avec la face postérieure de la vessie, par l'intermédiaire du cul-de-sac



Ascension physiologique de l'utérus due à la distension
de la vessie et du rectum, d'après Eden.

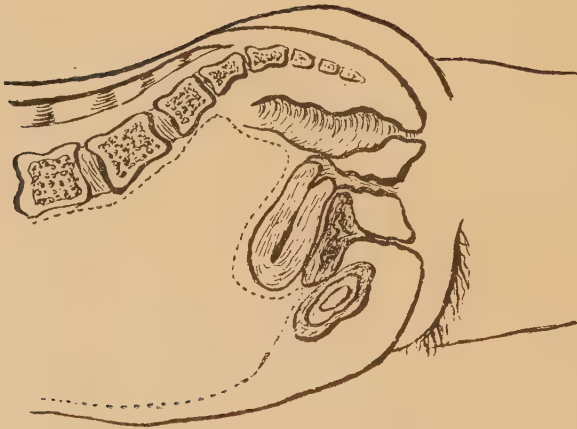


Schéma de la position normale de l'utérus (vessie
et rectum vides), d'après Küstner.

vésico-utérin; le cul-de-sac, dont le fond est limité par les plis vésico-utérins, est dit espace antérieur de Douglas. Ce cul-de-sac vésico-utérin descend beaucoup moins bas que le cul-de-sac de Douglas. Il affecte, lorsque le réservoir urinaire est vide, l'aspect d'une fente antéro-postérieure et n'admet jamais d'anses intestinales. Dans l'état de vacuité de la vessie, le cul-de-sac est scindé en deux parties : antérieure et postérieure, par un petit repli du péritoine qui s'élève sur la face utérine du réservoir urinaire.

Par l'intermédiaire du cul-de-sac vésico-utérin, la face antérieure de l'utérus est en rapport intime avec la vessie, surtout lorsque cette dernière est pleine. Le cul-de-sac vésico-utérin disparaît même quand la vessie est fortement distendue : dans le cas de rétention.

Rapports du col utérin et de la vessie. — 1° *Segment sus-vaginal du col.* — Le col, par l'intermédiaire de sa portion sus-vaginale, se trouve en contact du bas-fond de la vessie, dont il est séparé par une couche de tissu cellulaire mince. A ce niveau, les deux cavités vésicale et cervicale ne sont séparées que par une cloison peu épaisse;

2° *Segment sous-vaginal du col.* — Le segment sous-vaginal du col répond par sa partie supérieure et par l'intermédiaire de la paroi vaginale antérieure, à la vessie, ou, pour mieux préciser, en haut au bas-fond, en bas au trigone vésical. La paroi vaginale et la paroi vésicale ainsi réunies par du tissu cellulaire lâche forment une cloison épaisse de 6 à 8 millimètres; c'est la cloison vésico-vaginale. L'union que présente à ce niveau les deux parois vésicale et vaginale est assez intime pour que la vessie accompagne toujours la paroi antérieure du vagin dans ses déplacements.

II. — Rapports de l'utérus et de l'uretère.

L'uretère présente des rapports étroits avec la portion sus-vaginale du col utérin.

L'uretère, abandonnant la paroi pelvienne, pénètre, en effet,

dans le ligament large, à la hauteur de l'orifice interne du col. Il est accolé à la face profonde du feuillet postérieur du ligament large, à 2 ou 3 centimètres du plancher musculaire pelvien. Il quitte ensuite le feuillet postérieur du ligament large pour plonger dans le tissu cellulo-adipeux. Ce tissu s'organise autour de l'uretère et lui forme une gaine cellulo-fibreuse surtout serrée au niveau de l'utérus, dans la zone où l'uretère traverse les plexus utérins. Au près du col de l'utérus, l'uretère chemine, en effet, entre ces deux réseaux veineux; en dedans, c'est le plexus utéro-vaginal; en dehors, c'est le plexus vésico-vaginal qui s'anastomose avec le précédent.

L'uretère est encore en rapport avec la chaîne des lymphatiques du col et avec les mailles du plexus latéro-cervical, le ganglion de Lee ou de Frankenhauser. Dans l'épaisseur même de la base du ligament large, l'uretère se dirige en dedans pour gagner la face antérieure du col. D'après Funke, l'uretère gauche est à 6-8 millimètres de l'utérus et le droit à 15-20 millimètres.

Le point de pénétration de l'uretère dans la paroi vésicale, au niveau du triangle de Pawlick, est à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'orifice externe de l'utérus.

III. — Rapports de l'utérus et de l'urètre.

L'urètre très court, chez la femme (3 centimètres), ne présente normalement aucun rapport de contiguïté avec l'utérus (le col utérin étant situé à environ 8 centimètres de l'entrée du vagin). Ce n'est que dans le cas de col particulièrement allongé ou prolabé que son segment inférieur répond par l'intermédiaire de la paroi vaginale antérieure à la portion toute supérieure de l'urètre. Cette partie de l'urètre est engainée par le sphincter strié. Elle répond à la symphyse pubienne. Le col de la vessie est à 2 ou 3 centimètres en arrière de la symphyse.

IV. — Rapports de l'utérus et de la vessie, suivant l'état de réplétion de cet organe.

La vessie affecte avec l'utérus des rapports très variables, suivant qu'elle est vide, moyennement dilatée ou surdistendue.

Vide, elle se glisse en arrière, sous la face antéro-inférieure de l'utérus, et son bord postérieur laisse souvent son empreinte sur la face antérieure de la matrice ; en avant et en haut, elle ne dépasse pas le rebord supérieur de la symphyse.

Remplie, la vessie entre par sa face antérieure en contact avec la paroi abdominale ; sa face postérieure repousse l'utérus, le col se rapproche du pubis, le corps se redresse, l'angle d'antéflexion s'agrandit.

Dans le cas de distension extrême, l'utérus bascule en masse en arrière et se niche dans la concavité sacrée. Le cul-de-sac vésico-utérin se trouve réduit à un sinus virtuel pincé entre les deux organes.

V. — Irrigation de l'utérus et de la vessie.

Les artères de l'utérus et de la vessie ont une même origine : l'artère hypogastrique, et de plus, l'artère utérine fournit directement à la vessie de nombreuses ramifications qui se terminent dans la muqueuse, principalement au niveau du col. D'autre part, les veines de la vessie, entrêmement nombreuses, présentent des communications multiples avec le système veineux utérin. Celles de la face postérieure, en particulier, bien étudiées par Gillette, se confondent avec les veines qui occupent la partie antérieure du col de l'utérus, et l'on peut suivre ces communications jusqu'aux veines volumineuses anastomosées entre elles, qui vont, en côtoyant les bords de l'utérus, former le plexus veineux utéro-ovarien.

VI. — Innervation de la vessie.

Les nerfs sensibles des parois vésicales sont contenus dans les quatre premiers nerfs sacrés et en partie aussi dans les filets sympathiques qui vont des plexus vésicaux aux ganglions mésentériques. L'excitation du bout central de l'un quelconque de ces filets provoque une contraction de la vessie. Les excitations sensitives aboutissent à la région lombaire de la moelle : au centre vésico-spinal. Les nerfs moteurs de la vessie viennent directement de la moelle, en passant par le système sympathique. Les premiers sont fournis par les premiers nerfs sacrés, les seconds par le plexus mésentérique inférieur. Les filets du sphincter urétral proviennent des troisième et quatrième nerfs sacrés.

D'après Guyon, l'innervation des deux couches musculaires de la vessie serait différente. Les nerfs sacrés seuls feraient contracter la couche longitudinale, et c'est d'eux, par conséquent, que dépend la miction, tandis que les contractions de la couche circulaire portant surtout au niveau du col et qui, par suite, déterminent plutôt l'occlusion que l'évacuation de la vessie, seraient provoquées par le grand sympathique (nerfs hypogastriques).

VII. — Innervation de l'utérus.

Les nerfs de l'utérus proviennent aussi du plexus hypogastrique et de la moelle sacrée; ils sont, à leur origine, en connexion intime avec ceux de la vessie précédemment décrits.

L'EXCAVATION PELVIENNE

Elle est formée : *en avant*, par la symphyse pubienne; *sur les côtés*, tout d'abord par le squelette pelvien que recouvre la portion du muscle obturateur interne qui se trouve situé au-dessus de l'insertion externe du releveur, puis par le pyramidal;

en arrière, par le sacrum et le coccyx; *en bas*, par l'aponévrose moyenne, les deux releveurs et les deux ischio-coccygiens.

De ces différentes parois, le plancher seul, en raison de sa constitution musculo-aponévrotique, est extensible; les parois antérieure, latérale et postérieure sont inextensibles. Ainsi s'expliquent la rapidité et l'intensité des phénomènes de compression observés au cours de l'évolution des tumeurs de l'excavation.

L'utérus normal, sain, est placé dans l'excavation entre le réservoir urinaire et l'ampoule rectale. Il est doué d'une grande mobilité. Normalement antéversé, il se redresse et s'élève dans l'excavation « comme un noyau de cerise s'échappe sous la pression de deux doigts », suivant l'état de réplétion des réservoirs.

Il n'en est plus de même pour l'utérus pathologique; l'utérus rétrofléchi ou rétroversé ne peut accomplir ce mouvement d'ascension; il s'incarcère dans le petit bassin et les troubles de compression apparaissent. De même, s'il s'agit d'un utérus retenu dans l'excavation par une tumeur ou rétrofléchi par l'action d'un fibrome développé le plus souvent aux dépens de sa paroi postérieure. Alors peuvent éclater des accidents de rétention d'urine dont la symptomatologie et la pathogénie nous paraissent présenter avec ceux que l'on observe au cours de la rétroversion de l'utérus grévise une analogie des plus intéressantes.

PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA RÉTENTION D'URINE DANS LES FIBROMES

Qu'est-ce tout d'abord que la rétention d'urine ?

C'est un trouble caractérisé par l'impossibilité d'évacuer naturellement tout ou partie de l'urine contenue dans la vessie. Le terme n'est pas synonyme de suspension de la miction, car celle-ci peut-être supprimée sans qu'il y ait rétention, dans l'anurie par exemple.

Par contre, un malade peut continuer à émettre spontanément de l'urine et garder dans la vessie une certaine quantité d'urine résiduelle.

La rétention peut être aiguë ou chronique, complète ou incomplète.

La rétention aiguë est provoquée surtout par un obstacle venant fermer rapidement la voie d'excrétion. L'urètre étant fermé et le rein continuant à sécréter d'une manière continue, l'urine, s'accumule dans la vessie. Le muscle vésical se contracte mais l'urine ne pouvant s'écouler au dehors, le muscle se fatigue et entre dans la période de repos, il se laisse distendre; on entre dans la période de rétention aiguë avec distension.

Derrière la vessie, l'uretère, puis le bassin et se dilatent, les canicules rénaux sont dilatés, les vaisseaux comprimés. La sécrétion aqueuse se ralentit et s'arrête, on constate en même temps une congestion intense des parois vésicales, urétérales et du rein. Dès la trente-sixième heure, on trouve dans le rein des hémorragies interstitielles et intracaniculaires, les épithéliums se desquament en donnant naissance à des cylindres granuleux et hématiques. Vers la soixantième heure, les lésions

rénales deviennent très graves, la congestion s'étend à tout le système cave, au péritoine, aux viscères.

S'agit-il de rétention aiguë au cours des fibromes ?

Non, assurément, dans la majorité des cas. La rétention aiguë est rarement rencontrée, son étude est surtout expérimentale. Il n'y a pas dans le fibrome d'obstacle s'opposant d'une façon absolue au cours de l'urine, comme dans les cas de corps étrangers, calculs, rétrécissements infranchissables de l'urètre. Le cathétérisme est, en général, facile. Souvent, l'urine atteignant par son accumulation une tension suffisante pour forcer le col, une certaine quantité d'urine s'écoule spontanément au dehors. La miction par regorgement est fréquemment signalée dans les fibromes. L'existence de cette miction par regorgement montre que l'obstacle à l'évacuation n'est pas considérable et que l'obstacle ne suffit pas à lui seul pour expliquer la rétention.

La rétention que l'on observe au cours des fibromes est avant tout une rétention chronique.

La rétention aiguë est un accident. La rétention chronique est une maladie du muscle vésical. Le muscle peut dégénérer par athérome de ses vaisseaux (Guyon, Lannois), mais le fait est exceptionnel. Dans l'immense majorité des cas, la dégénérescence est secondaire à une altération nerveuse dans les rétentions d'origine centrale, secondaire souvent, et en particulier, dans le cas qui nous occupe, à la lutte que le muscle vésical est obligé de soutenir.

Ducamp a montré simplement, en comprimant son canal, que la vessie obligée de lutter contre un obstacle même faible ne se débarrasse que d'une partie de son contenu. Son effort s'épuise avant l'évacuation totale ; ainsi se produit de la stagnation, puis de la fatigue qui entraîneront ensuite des lésions musculaires. Les lésions ont la rétention chronique pour conséquence. Elle est d'abord chronique incomplète. Cette rétention chronique incomplète n'est pas incompatible avec des mictions en apparence normales. Aussi est-elle rarement mise en évidence. On ne sonde pas les fibromateuses qui disent vider

normalement leur vessie. Si ce cathétérisme est pratiqué par hasard, il a pu montrer l'existence d'un résidu. Le résidu conserve sa limpidité s'il n'est pas contaminé par un cathétérisme septique. Il s'accroît et finit par atteindre et dépasser la capacité d'une vessie normale.

« Jeanne M... entre dans le service de M. le professeur Guyot pour fibrome utérin. Pas de troubles de la miction, pas de dysurie; mais si on sonde la malade lorsqu'elle a uriné, il s'écoule encore 500 grammes d'urine. »

Dans ce cas, on peut dire que la vessie n'a plus de capacité physiologique, mais seulement une capacité anatomique. La rétention tend à devenir complète; le muscle vésical de plus en plus fatigué, la malade n'urine plus spontanément. Cette rétention provoque peu de douleurs parce que le muscle ne réagit plus. A la période ultime, la vessie n'est plus seulement remplie, elle est dilatée; il y a rétention chronique avec distension. La rétention est plus grave; cependant des sondages faits précocement permettent la rétrocession de la maladie. La suppression des obstacles permet à la vessie de recouvrer une contractilité parfois complète.

La rétention chronique n'est pas suivie au niveau de l'arbre urinaire de phénomènes congestifs aussi marqués que dans la rétention aiguë, mais ils n'en existent pas moins. Les lésions entraînent l'apparition d'une polyurie, la concentration uréique est abaissée dans l'urine, il y a rétention d'urée dans le sang. Enfin, la rétention chronique crée un état de réceptivité spéciale à l'infection et on devra prendre de grandes précautions en pratiquant le cathétérisme.

La physio-pathologie de la rétention chez les fibromateuses nous montre donc qu'il s'agit le plus souvent de rétention chronique préparée depuis plus ou moins longtemps par des signes vésicaux. Il n'y a peut-être pas une observation ne signalant pas avant la première crise de rétention des troubles vésicaux. La polyurie fréquemment mentionnée dans les fibromes traduit la congestion au niveau de l'arbre urinaire, conséquence d'un début de rétention. La pollakiurie traduit la gêne à

l'expansion vésicale, l'irritation, mais aussi l'altération du muscle vésical; un degré de plus et la dysurie nous montre que le muscle vésical, de plus en plus fatigué, évacue de plus en plus difficilement le réservoir urinaire.

Tous ces symptômes préparent la rétention complète qui ne s'installe brusquement qu'en apparence.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les fibromes.

Situation des fibromes. — Les troubles vésicaux et en particulier la rétention d'urine ont été observés dans les fibromes du col et dans les fibromes du corps.

FIBROMES DU COL. — Tous les fibromes du col peuvent modifier la situation de la vessie. Les fibromes antérieurs agissent par leur présence intervésico-utérine. Ceux qui naissent bas vont soulever le bas-fond vésical; ceux qui naissent haut, au niveau de l'isthme, vont écraser la face postérieure de la vessie. De sorte que ces fibromes du col, même peu volumineux, peuvent influencer directement la vessie.

Les fibromes du col sont beaucoup plus rares que ceux du corps. La statistique de M. le professeur Tédénat est de 12 fibromes cervicaux pour 390 corporéaux, soit 3,3 p. 100. Pour Lee, elle est de 5,4 p. 100.

D'après leur situation par rapport à la paroi du col, on distingue trois groupes :

Sous-muqueux. — Ils dilatent l'orifice du col et pénètrent dans le vagin;

Sous-séreux. — Ils sont sessiles ou pédiculés et la tumeur peut s'élever très haut dans l'abdomen.

Interstitiels. — C'est la variété la plus fréquente. Ce sont les plus intéressants car ce sont eux qui, par leur connexion de voisinage ou leur enclavement habituel, entraînent des accidents précoces de compression et des difficultés opératoires souvent considérables. *On les subdivise eux-mêmes en :*

Antérieurs, qui en se développant soulèvent le péritoine



Cas de fibrome interstitiel de la paroi postérieure de l'utérus, d'après Berkeley et Bonney.



Volumineux fibrome globuleux bloquant le petit bassin avec compression du rectum et de la vessie soulevée dans la cavité abdominale, d'après Howard. A. Kelly.

vésico-utérin. La vessie, placée en avant, est refoulée ; elle s'étale et s'élève. Les troubles de la miction seront fréquents.

Postérieurs, qui intéressent davantage le rectum.

Fibromes latéraux, qui peuvent dévier l'utérus et comprimer secondairement la vessie.

D'après l'insertion vaginale, on a pu diviser les fibromes en fibromes vaginaux et fibromes supravaginaux.

D'après Pozzi, « les seuls fibromes qui méritent une mention spéciale sont ceux qui naissent dans la région supravaginale du col et se trouvent ainsi d'emblée dans l'épaisseur même du plancher pelvien, au niveau d'interstices nombreux où ils peuvent se glisser et se développer, tout en restant bridés et incarcérés dans la cavité du petit bassin. C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent, ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en rapport immédiat avec la paroi postérieure du vagin et le rectum. Ils débordent souvent sur les côtés entre les deux feuillets du ligament large qu'ils dédoublent constituant ainsi une des variétés les plus graves de corps fibreux intraligamentaires. Ils peuvent même dépasser cette région, cheminer en avant entre la vessie et l'utérus et pousser leurs prolongements jusque dans le mésocôlon iliaque. Emprisonnés à leur point de départ même dans l'enceinte inextensible du petit bassin, ils sont l'origine d'accidents de compression les plus redoutables. J'ai proposé de les appeler corps fibreux pelviens. » (Pozzi.)

FIBROMES DU CORPS. — Les fibromes du corps sont bien plus fréquents que ceux du col. On les subdivise, d'après leur évolution, en *interstitiels*, *sous-muqueux*, *sous-péritonéaux*. Certains sont situés dans l'épaisseur du ligament large, ils sont dits intraligamentaires (10 p. 100). Pelvien toujours, le fibrome inclus devenant plus volumineux est souvent abdomino-pelvien.

Volume du fibrome. — Le volume du fibrome présentant ces accidents de rétention d'urine est très variable. Dans l'ensemble, il s'agit de fibromes volumineux et la comparaison la plus fréquemment employée par les auteurs est celle de tête

foétale, de tête d'enfant. Le poids le plus fort indiqué est de 17 livres. Mais la rétention a été observée aussi dans un cas où l'autopsie a montré un fibrome calcifié de la grosseur d'un œuf de poule; parfois il s'agissait d'utérus présentant de simples nodules fibromateux.

L'utérus. — L'utérus est, en général, augmenté de volume, ses tuniques sont hyperplasiées, la vascularisation est plus intense : c'est la grosseur fibreuse de Guyon. Les modifications imprimées à sa direction sont des plus fréquentes. Tout d'abord la tumeur agirait par son propre poids, elle attirerait l'utérus de son côté et déterminerait, de ce fait, une antéversion, une rétro ou une latéroversion. Plus tard, devenue plus volumineuse, elle refoulerait, au contraire, l'organe dans un sens opposé à celui de son premier développement en s'arc-boutant sur les parois du bassin. Mais la position la plus fréquente est celle sur laquelle ont insisté de nombreux auteurs et en particulier le professeur Thomas. Il s'agit de fibromes de la paroi postérieure de l'utérus. Le col est repoussé en avant vers la symphyse et est difficilement accessible au toucher. Le corps alourdi par le poids du fibrome, entraîné dans la cavité pelvienne, présente une rétroflexion ou une rétroversion tout à fait comparable à celle de l'utérus gravide.

Anatomie pathologique de l'appareil urinaire au cours de la rétention.

Méat. — Le méat est souvent remonté dans la paroi antérieure (Legueu).

Urètre. — La compression est rarement mise en évidence. Les auteurs signalent, en effet, fréquemment la facilité du cathétérisme. Dans un cas cependant, le cathétérisme ne put être pratiqué.

L'allongement de l'urètre n'est pas toujours signalé; il paraît exister analogue à celui que l'on rencontre dans la rétention liée à la rétroversion de l'utérus gravide. Il était de 2 centimètres dans le cas qu'il nous fut donné d'observer.

LA VESSIE. — Sa capacité est considérablement augmentée; dans un cas, le cathétérisme donna issue à 6 litres d'urine. Ses parois sont amincies.

L'ascension de la vessie a été signalée par Haultain, Lejars, Legueu... La vessie dans tous les cas est déplacée dans l'abdomen : dans les fibromes de la paroi antérieure du col par la tumeur elle-même, dans les fibromes de la paroi postérieure du col par la paroi antérieure. De même, dans les fibromes du corps il se produit des adhérences vésico-utérines et la vessie, suivant le développement de la tumeur, remonte dans l'abdomen bien souvent jusqu'à l'ombilic, alors que normalement, à l'état de distension physiologique, le cul-de-sac prévésical est à 2 centimètres du bord supérieur du pubis. Cette ascension de la vessie entraîne une ascension du cul-de-sac péritonéal et ces dispositions anatomo-pathologiques devront être bien présentes à l'esprit de l'opérateur.

La congestion vésicale au cours de la rétention a été bien étudiée par Legueu. Elle est déjà indiquée au début de la rétention par des arborisations vasculaires plus accusées en arrière du trigone et dans le col lui-même. Si elle se prolonge, il apparaît quelques taches ecchymotiques disséminées dans la muqueuse. Avec la congestion, la muqueuse vésicale présente de la desquamation épithéliale de la couche isolante. Dès lors, l'absorption, l'infection sont possibles. Si la rétention dure, on voit les faisceaux de la couche musculaire, dissociés par la pression du liquide, s'écarter, la muqueuse se trouve refoulée dans leur intervalle et on a une véritable vessie à colonnes. La contractilité est amoindrie par la pression intravésicale; la rétention détruit la puissance musculaire de la vessie.

Dans les cas compliqués, l'examen anatomo-pathologique peut montrer des lésions de cystite grave de la vessie : cystite pseudo-membraneuse, cystite gangreneuse.

URETÈRES. — La situation de l'uretère est rarement précisée. Un travail récent (J.-C. Brash, *British medical Journal*) montre que les uretères n'occupent pas une position symétrique par rapport au corps et au col utérin; fréquemment l'uretère gauche

occuperait une situation presque médiane. La compression des uretères par le fibrome est rare. Mais une rétention d'urine persistante a pu amener la dilatation des uretères.

REINS. — L'autopsie faite dans de rares cas a montré une fois des lésions de pyélonéphrite, une fois de la pyonéphrose. Ces lésions sont exceptionnellement observées.

L'URINE. — Est augmentée en quantité au début de la rétention. Cette polyurie a été bien mise en évidence par Leguen et par Guyon. Elle traduit un léger degré de congestion rénale. On trouve souvent dans l'urine, de l'albumine, des cellules épithéliales desquamées, quelques globules rouges.

Les produits d'excrétion urinaire normaux au début sont par la suite fréquemment diminués.

ÉTIOLOGIE

Les troubles vésicaux sont fréquemment mentionnés au cours de l'évolution des fibromes. Les symptômes surtout accusés par les malades sont la pollakiurie diurne et nocturne. L'incontinence est beaucoup plus rare (M^{lle} Kagan en a signalé un cas dans sa thèse). Le plus souvent il s'agit de fausse incontinence, de miction par regorgement. Le plus dramatique de tous ces troubles vésicaux est la rétention complète d'urine qui frappe beaucoup la malade et l'entraîne à demander un secours médical immédiat.

Fréquence de la rétention d'urine dans les fibromes.

La fréquence de cette complication des fibromes est plus ou moins élevée, suivant les statistiques des auteurs.

Kelly et Cullen indiquent 1,5 p. 100, le docteur Albertin, dans la thèse de Guillaume, *Fibrome et ménopause*, indique 11 cas de rétention sur 256 cas, soit 4,2 p. 100. Le professeur Hartmann et son élève Bonnel ont observé 36 cas de rétention d'urine dans l'évolution de 1.000 fibromes, soit 3,8 p. 100.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Guyot, nous avons pu prendre connaissance des observations concernant les malades de son service de gynécologie. Nous avons consulté les observations se rapportant aux fibromateuses qui ont été hospitalisées dans son service en 1925, 1926, 1927.

Dans 4 p. 100 des cas nous avons relevé des accidents de rétention d'urine. Il semble donc que la rétention d'urine soit observée en moyenne dans 3 à 4 p. 100 des cas de fibromes.

Fréquence relative de la rétention d'urine dans les diverses variétés de fibromes.

Fibromes du col. — La rétention d'urine compliquerait très fréquemment les fibromes du col.

Un travail de Bottaro paru dans la *Revue médicale de l'Uruguay*, et qui traite des fibromes du col de l'utérus, insiste sur la fréquence de la rétention d'urine dans ces fibromes.

Von Zur Muehelen, sans noter de cas de rétention d'urine, dit que ces phénomènes peuvent exister dans le cas de fibromes cervicaux antérieurs, comme cela a été rapporté par Guerrissaz et par Hermann. Samuel Cameron montre que les fibromyomes cervicaux peuvent occasionner le symptôme quand ils se développent en dehors du col.

Robert Tilden Franck, gynécologue de l'Hôpital du Mont-Sinaï, à New-York, dans son ouvrage : *Gynecological and obstetrical pathology*, a relevé la fréquence des fibromes du col utérin, montrant que le plus souvent ils s'accompagnent de phénomènes de rétention (dans 7 à 8 p. 100 des cas).

Legal-Lassalle, dans sa thèse sur les fibromes du col, indique 23 cas de rétention sur 80 observations, soit 28,75 p. 100.

Harel, dans sa thèse sur les fibromes de la portion sus-vaginale du col, indique, sur 10 cas, 4 cas de rétention, soit 40 p. 100.

Bonnet, dans sa thèse, donne, d'après la statistique du professeur Hartmann, le chiffre de 20 p. 100 qu'il trouve trop élevé.

Quelle est la fréquence des accidents de rétention dans les fibromes du col et dans les fibromes du corps?

Les auteurs avaient surtout insisté sur l'importance des fibromes du col. On peut lire dans Faure et Siredey : « La pression des fibromes de la région antérieure du col sur la vessie gêne son expansion et provoque des mictions plus fréquentes accompagnées de dysurie, de ténésme. Parfois, l'irritation que produit le contact du fibrome amène une contracture réflexe du sphincter vésical et de la rétention d'urine. »

Dans Massabau : « Les symptômes des compressions vésicales s'observent fréquemment dans les fibromes du col. »

Cette opinion classique a été combattue par Hartmann et son élève Bonnet.

Sur 99 cas de fibromes, ils n'ont observé que 28 fibromes du col ainsi répartis :

Face postérieure, 19;

Face antérieure, 7;

Divers, 2.

Fibromes intraligamentaires. — La rétention d'urine est souvent observée dans les fibromes intraligamentaires.

Schauta, dans son *Manuel de gynécologie*, dit que les tumeurs fibreuses de la paroi postérieure de la vessie, ainsi que les tumeurs du ligament large, peuvent amener des phénomènes de rétention et d'anurie.

Sur les 44 observations de fibromes intraligamentaires de la thèse de Bouvier, 4 ont déterminé de la rétention d'urine, soit 11,36 p. 100. Bonnet, dans sa thèse, indique un taux moindre de 8,33 p. 100.

Fibromes du corps. — Consultant encore les travaux d'Hartmann pour établir la proportion des fibromes du corps compliqués d'accidents de rétention, nous trouvons que sur 99 fibromes, 71 fibromes du corps ont été observés ainsi répartis :

Face antérieure, 11;

Face postérieure, 36;

Paroi latérale, 2;

Intraligamentaire, 6;

Divers, 16.

En résumé, dans les accidents de rétention d'urine liés à la présence d'un fibrome utérin, les fibromes du corps sont rencontrés deux fois et demie plus souvent que les fibromes du col. Pour les deux variétés, ce sont les fibromes de la face postérieure qui prédominent.

Des causes qui favorisent l'apparition de la rétention.

Influence de l'âge. — L'âge paraît être sans importance. La plupart des malades ont de 40 à 50 ans, ce qui représente la période du maximum de fréquence des fibromes. Mais la rétention d'urine a été aussi observée chez des sujets très jeunes, porteurs de fibromes : à 24 ans, dans un cas de Tédénat; à 25 ans, dans le cas de Purslow (Obs. V); on l'a rencontrée aussi chez des malades après la ménopause.

Influence de la menstruation. — Dans un grand nombre de cas, la rétention d'urine est en rapport avec la période menstruelle.

Dans un cas de Bonnet, il s'agit d'une femme qui présente de la rétention complète pendant les deux jours qui précèdent ses règles et pendant la durée de celles-ci, avec miction normale dans leur intervalle. Cette influence de la congestion menstruelle a été souvent mise en évidence par de nombreux auteurs français et étrangers. Déjà en 1874, Hardie, en Angleterre, avait publié, dans *Edimbourg medical Journal*, 3 cas de rétention d'urine liée à la présence d'un fibromyome utérin. Il note l'influence de la menstruation qui coïncidait avec l'apparition des accidents de rétention.

Dans le *Manuel de gynécologie* de Thomas Watts Eden, nous lisons : « Dans le cas de congestion menstruelle surtout, les fibromyomes utérins amènent des accidents de rétention d'urine. »

Iahske et O. Pankow, dans leur *Manuel de gynécologie*, insistent à leur tour sur le rôle de la menstruation : « Les fibromes de la paroi antérieure du col et les fibromes intraligamentaires peuvent donner de la rétention d'urine complète, surtout à l'approche de la période menstruelle. »

En France, Hartmann, Thomas, ont bien montré le rôle de la congestion cataméniale qui déclenche fréquemment la crise de rétention.

Influence du décubitus. — Le décubitus, qui congestionne les organes pelviens (analogie avec la rétention des prostatiques), a été souvent accusé par les malades. La malade de l'observation I a toujours présenté ses crises dans la même circonstance : après quelques heures de repos au lit.

Bonnet, dans sa thèse, signale que bien que le moment de l'apparition de la rétention ne soit pas toujours indiqué, c'est presque toujours au réveil que les malades ont constaté que, malgré tous leurs efforts, elles ne pouvaient émettre une seule goutte d'urine.

Influence des traumatismes. — Dans une observation de la thèse de Bonnet, la rétention survint après une chute sur le bassin (chaise retirée brusquement au moment où la malade allait s'asseoir). Cette chute a probablement déterminé une rétroflexion de l'utérus amenant des accidents de rétention analogues à ceux observés dans la rétroflexion de l'utérus gravide. De même, dans une observation publiée, en 1868, par le docteur G. Pepper, « une femme de 50 ans présentait, depuis plusieurs mois, une chute de l'utérus. Tout d'un coup, à la suite d'un effort violent, se produisit chez elle une rétroversion complète. Douze jours après cet accident, elle alla trouver le docteur Pepper ; celui-ci constata que la vessie était complètement distendue ; le toucher vaginal fit découvrir l'existence d'une masse dure du volume d'une tête de fœtus distendant le cul-de-sac vaginal et remplissant tout le bassin ».

Autres causes. — Certaines malades accusent la fatigue comme ayant provoqué la rétention (cas de Monod) ; d'autres, un repas copieux (Obs. X). Dans un certain nombre de cas enfin, la rétention est survenue sans causes apparentes.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie vésicale entre souvent seule en jeu, la symptomatologie utérine pouvant être très réduite ou même parfois complètement absente.

Les malades se présentent souvent dans des services d'urologie, et elles n'accusent aucun signe fonctionnel pouvant faire penser à l'existence d'un fibrome.

Début de la rétention. — La rétention d'urine peut se produire d'emblée, n'ayant été précédée d'aucun symptôme attirant l'attention du côté de l'appareil urinaire. D'autres fois, elle vient brusquement compliquer soit une période de pollakiurie, soit une période de dysurie de plus en plus marquée, qui obligeait la malade à faire de grands efforts, à prendre des positions spéciales pour effectuer une miction de plus en plus pénible et laborieuse.

Période d'état de la rétention. — Signes physiques. — A l'inspection, on est frappé par l'augmentation anormale du volume du ventre. Le palper et la percussion permettent de constater l'existence d'un globe vésical plus ou moins volumineux, remontant souvent jusqu'à l'ombilic et qui s'effacera après le cathétérisme.

Le toucher vaginal montre que les culs-de-sac sont libres ou occupés par une tumeur solide, plus ou moins volumineuse, qui est le fibromyome utérin.

Le col utérin, souvent attiré en haut par la tumeur abdomino-pelvienne, n'est pas toujours accessible.

Parfois, l'utérus, entraîné dans la cavité pelvienne par la

tumeur, est en rétroversion et le col basculé est difficilement perçu, plaqué qu'il est contre la symphyse pubienne.

Le palper combiné révèle entre la main abdominale et le doigt vaginal l'interposition d'une tumeur liquide, volumineuse, rénitente, légèrement mobile, et cette tumeur hypogastrique n'est autre que la vessie distendue.

Le méat urétral peut avoir conservé sa situation normale; dans beaucoup de cas, il est remonté dans la paroi antérieure du vagin, inaccessible, et le cathétérisme est impossible (Cas de Legueu).

Le toucher rectal peut donner des renseignements complémentaires quant à la localisation de la tumeur.

Signes fonctionnels. — Les mictions sont suspendues depuis un temps plus ou moins long. Malgré leur envie pressante d'uriner, les malades ne peuvent émettre une seule goutte d'urine. Parfois, le sphincter vésical forcé laisse sourdre l'urine lentement. Il s'agit d'une fausse incontinence, la vessie demeure distendue.

Les douleurs peuvent être assez vives; elles siègent dans la région hypogastrique et s'irradient dans le bassin. La plupart du temps, elles durent peu, le muscle vésical se laisse passivement distendre.

Le plus souvent, on n'observe pas de signes de rétention des matières fécales.

L'interrogatoire peut apprendre aussi qu'il existe, depuis un temps plus ou moins long, des troubles fonctionnels de l'appareil génital : les ménorragies, métrorragies, l'hydrorrhée manquent souvent (fibromes sous-péritonéaux).

Signes généraux. — Absents le plus souvent, on peut constater, dans les cas où la rétention s'est prolongée plusieurs jours, de la fièvre, de la céphalée, un état saburral des voies digestives. On note parfois de la polyurie (Obs. I), de l'azotémie, de l'albuminurie, de l'hypertension (Obs. III).

Terminaison. — Dans quelques rares cas, la rétention s'est terminée spontanément. Le plus souvent, les malades, effrayées par cet incident dramatique, font appeler un médecin qui pra-

tique un sondage. Le cathétérisme se fait, en général, sans difficulté; il est toutefois souvent nécessaire d'introduire la sonde plus profondément que normalement. Il évacue une quantité d'urine plus ou moins grande suivant le temps de la rétention, 2 à 3 litres en moyenne, 8 et jusqu'à 10 litres dans quelques observations.

La cystoscopie.

Dans les cas où un fibrome amène des accidents de rétention d'urine, il y a intérêt à être renseigné sur la position de la vessie. Au point de vue opératoire, cette connaissance peut être précieuse et éviter au chirurgien bien des mécomptes. Elle permet parfois de faire le diagnostic de localisation de la tumeur quand il s'agit d'un fibrome repoussant le bas-fond vésical. Les fibromes justo-vésicaux à développement antérieur soulèvent le bas-fond vésical comme le ferait une prostate hypertrophiée.

La cystoscopie montre que la capacité vésicale est augmentée. La recherche des méats urétéraux en raison de la déformation vésicale est souvent difficile.

Si la rétention est ancienne ou si la dysurie l'a longuement précédée, on peut voir une vessie à colonné rappelant celle des prostatiques.

La cystoscopie permet de déceler les lésions de la cystite quand elle existe. Plus souvent, on constatera de la congestion vésicale qui est fréquente en dehors de toute infection. Elle permettra aussi de déceler des diverticules, l'existence d'un bas-fond vésical qui, si on n'opère pas, peuvent exposer les malades à tous les dangers de l'infection ascendante.

La cystoscopie devra donc être pratiquée le plus souvent possible dans les cas de rétention d'urine. Elle est souvent difficile. Dans l'observation de Rondot, l'urètre était tellement comprimé par la tumeur, que le simple cathétérisme fut impossible. Enfin il arrive que l'allongement de l'urètre soit un obstacle à la cystoscopie ou encore que la tumeur imprime à l'appareil une déviation qui en rend le maniement difficile.

ÉVOLUTION

Plusieurs cas ont été observés :

1° Les mictions peuvent, après le cathétérisme, redevenir spontanées et l'épisode aigu ne plus se reproduire ou à des intervalles éloignés.

Un auteur a rapporté l'observation d'une femme porteur d'un fibrome qui s'était révélé par une rétention d'urine. Plus jamais depuis, elle ne présenta de troubles vésicaux. L'autopsie révéla un petit fibrome dur et calcifié de la paroi utérine;

2° La rétention s'installe définitivement, devient chronique, et il faut sonder les malades jusqu'à l'opération ou jusqu'à leur mort (Obs. de Bourdon).

Dans un certain nombre de cas, le barrage vésical force la malade à des mictions, des pseudo-mictions par regorgement qui peuvent en imposer pour de l'incontinence.

Moment d'apparition de la rétention dans l'évolution du fibrome. — Le moment de l'apparition de la rétention dans l'évolution du fibrome est assez difficile à préciser, car dans beaucoup de cas, il s'agit de fibromes sous-péritonéaux ne donnant lieu à aucun signe fonctionnel. La lecture des observations montre que si les signes fonctionnels ont été observés, ils ont précédé d'un temps plus ou moins long la première crise de rétention.

Dans un cas de Schauta les fortes hémorragies précédèrent de quatre ans la pollakiurie, de trois ans la première crise de rétention. Dans un cas de Tédénat il y avait des métrorragies

depuis seize ans, de la pollakiurie depuis un an quand la malade devint pour la première fois rétentionniste.

L'intervention montre qu'il s'agit presque toujours de volumineux fibromes dont l'accroissement a dû demander plusieurs années.

Évolution de la rétention par rapport aux autres troubles urinaires. — 1° La rétention paraît n'avoir été précédée d'aucun signe vésical. Le fait est rare et tient peut-être à ce que des symptômes urinaires frustes n'ont pas été accusés par la malade.

2° La rétention est précédée de pollakiurie diurne et nocturne ou diurne ou nocturne, mais les mictions se font sans difficulté (Obs. I).

3° La dysurie précède la rétention ; elle est de plus en plus marquée, mais peut précéder de longtemps l'apparition de la première crise de rétention. Dans l'observation II, la malade éprouva de la difficulté à uriner pendant cinq ans, et ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elle devint pour la première fois rétentionniste complète.

Évolution dans les suites opératoires. — Presque toutes les malades qui furent opérées virent leurs troubles urinaires disparaître rapidement. Cependant, dans l'observation de Lauwers, citée par Vénot, les phénomènes de rétention persistèrent malgré tous les traitements employés, et ils disparurent spontanément au bout de deux ans.

Souvent, les malades présentent des mictions spontanées dans les premières heures qui suivent l'intervention (au bout de six heures, Obs. II). Toutefois, on note dans quelques cas de la rétention postopératoire (Obs. I).

On sait que l'ischurie postopératoire suit souvent les interventions gynécologiques, opération de Wertheim, de Schauta, hystérectomie subtotal ou totale...

Le relevé des observations ne montre pas que cette rétention postopératoire ait été observée plus fréquemment que dans les fibromes non compliqués de rétention d'urine.

COMPLICATIONS

Les complications sont rares aujourd'hui avec l'intervention précoce. On a toutefois signalé :

L'hématurie. — Elle est retrouvée dans plusieurs observations. Dans l'observation de Sieberg, citée par Legueu, on retira au cathétérisme 2 litres d'urines sanglantes. De même dans celle de Lejars. Dans les cas d'Hartmann, de Loumeau, de Loubat et Mangé, l'hématurie fut observée, et dans les deux premiers cas on porta le diagnostic de tumeur vésicale. Il s'agit sans doute d'hématuries de compression vasculaire, sans doute dues à une compression veineuse. La cystoscopie, dans le cas de Loubat et Mangé, montrait une saillie anormale du bas-fond vésical et une vascularisation beaucoup plus intense de cette région. La circulation dans le groupe veineux utéro-vagino-vésical était touchée en permanence par la présence du fibrome.

Souvent, il s'agit d'hématuries terminales liées à de la cystite, provoquée par le sondage.

La cystite. — Relativement rare, dans quelques cas, la cystite a été signalée (Schickelô). Dans quelques cas, elle semble due au cathétérisme fréquemment et non aseptiquement pratiqué. E. Monod, en 1880, a montré le rôle de la congestion dans l'infection; il a relaté la fréquence des cystites au cours de la grossesse et des fibromes; cystites imputables à la congestion pelvienne.

On peut observer aussi des cystites pseudo-membraneuses, des cystites gangreneuses, analogues à celles que l'on a décrites au cours des rétentions d'urine par rétroversion de l'utérus

gravide (Pinard et Varnier). Le professeur Duvergey a publié à ce sujet l'observation suivante très intéressante :

OBSERVATION. — Le 7 décembre 1921, je trouvais dans mon service, à l'Hôpital Saint-André, une jeune femme de 21 ans, entrée la veille dans un état alarmant. Cette femme parlait très difficilement, étant d'une faiblesse extrême. Elle racontait qu'elle était enceinte de trois mois et que le 24 novembre 1921 elle avait ressenti une violente douleur dans le bas-ventre en même temps qu'elle présentait de la rétention d'urine. Un médecin, appelé, pratiqua le cathétérisme, puis la laissa livrée à elle-même. La rétention d'urine continua, puis la malade urina par regorgement une urine de plus en plus sale, fétide, à odeur repoussante. C'est dans ces conditions qu'elle est envoyée à l'hôpital. A l'examen, femme dont les traits sont très altérés, pouls petit, à 130-140, température oscillant autour de 37 degrés. L'urine est rare, car la malade se mouille continuellement; elle est sale, contenant des parties sphacélées; elle a une odeur fétide gangreneuse.

Le ventre est augmenté de volume, particulièrement au-dessous de l'ombilic. Il existe là une masse qui plonge dans le bassin et qui ressemble à une vessie dilatée. Matité à ce niveau à la percussion. La vessie est aussitôt sondée. Il s'écoule 1/2 litre d'urine. Lavages à l'eau boriquée; l'eau se charge de lambeaux sphacelés. La vessie vidée, la palpation révèle au niveau de la zone sous-ombilicale une volumineuse tuméfaction se perdant dans le pelvis.

Au toucher vaginal, col difficile à atteindre, caché derrière la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur, énorme masse mollassse descendant à 3 centimètres de la vulve en dédoublant la cloison recto-vaginale.

Je porte le diagnostic de cystite gangreneuse due à une infection de la vessie par sondage septique et considère la rétention d'urine comme secondaire à la compression d'une hématocele rétro-utérine. Laparotomie d'urgence. Dans la profondeur, au niveau du tissu cellulaire sous-péritonéal, il existe un épaissement des tissus qui sont infiltrés. A mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse, je pratique une ponction exploratrice qui ramène de l'urine sale. J'ouvre

alors la vessie remontant au-dessus de l'ombilic, adhérente, étalée, et dont la muqueuse et une partie de la paroi sont gangrenées. Par le toucher transvésical, on sent une masse volumineuse qui ne remonte pas aussi haut que la vessie. Sondes de Pezzer dans la bouche de cystostomie haute et fermeture de la paroi.

La malade mise en position gynécologique, je fais une ponction du cul-de-sac vaginal postérieur et retire du liquide sale. Une colpotomie postérieure large donne issue à un liquide séro-purulent. Les lèvres de l'incision de la colpotomie sont écartées et j'aperçois dans le bassin une tumeur que je ponctionne et d'où il sort un liquide limpide et clair : c'est l'utérus gravide.

Le lendemain, la malade expulse un fœtus de trois mois. Les jours suivants, lavages de la vessie à l'eau boriquée. La vessie s'en va par vastes lambeaux sphacelés. L'état général est grave.

Le 27 décembre, je m'aperçois que les ganglions lombo-iliaques font saillie, surtout à droite. Lobotomie double. Il s'écoule une grande quantité de pus infect. La malade meurt le 1^{er} janvier 1922.

A l'autopsie, la vessie est en partie restaurée; elle est entourée presque partout d'une péricycstite intense. Les parois sont épaisses, sauf au niveau de sa partie postéro-supérieure, qui est amincie et présente une perforation des dimensions d'une pièce de 50 centimes, communiquant avec une poche péritonitique qui remonte à droite et à gauche en dehors des mésocôlons ascendants et descendants. Rien aux reins normaux. L'utérus a repris sa position normale.

La cystalgie. — Avec la pollakiurie, le ténesme vésical, mais les urines claires, a été parfois observée.

La perforation de la vessie. — Par la pression que les fibromes exercent sur les organes voisins, ils peuvent créer une sorte d'usure aboutissant à la perforation, sans qu'il survienne auparavant de phénomènes inflammatoires (Cas de Demarquay-Deleuze).

Rupture de la vessie. — La distension même complète n'occasionne presque jamais la rupture passive du réservoir par distension exagérée. Cliniquement, cette rupture est excessivement rare, puisque Guyon, dans toute une longue carrière, n'en a observé que 3 cas survenus tous chez l'homme.

La littérature chirurgicale n'offre pas, à notre connaissance, de cas de rupture de la vessie par rétention d'urine au cours des fibromes. Mais cette rupture pourrait être exceptionnellement observée ainsi qu'elle a été signalée au cours de la rétroversion de l'utérus gravide (Schickelé, janvier 1923; S. Gordon-Lucker, *Obst. et gynécol.*, 1920).

Retentissement rénal. — Si l'urine immobilisée contient des germes septiques, nous assisterons au développement d'une pyélonéphrite (Chardon et Chenais).

On peut observer de l'hydronéphrose sans réaction inflammatoire. « Tout obstacle au passage de l'urine des calices dans le bassin, du bassin dans l'uretère, de l'uretère dans la vessie donnant lieu à une rétention complète ou incomplète dans un des reins ou dans les deux peut amener le développement d'une hydronéphrose (Rayer).

Les relations intimes de l'appareil uro-génital ne sont pas uniquement localisées à la vessie. L'uretère est en contact avec le col de l'utérus, il longe de dehors en dedans le bord déclive du ligament large. Il peut être dévié ou comprimé par les tumeurs de l'utérus, et la compression qui en résulte agit par l'intermédiaire de l'uretère jusque sur les reins dont elle détermine la distension et la congestion.

Cette congestion rénale se traduit au début par de la polyurie (très fréquemment observée au début des accidents de rétention, Obs. I), par de l'albuminurie (Thèse Hubert), une diminution dans le taux d'excrétion de l'urée et des chlorures, une légère augmentation de l'azotémie, 0 gr. 40 (Obs. I et II).

Ces symptômes d'insuffisance rénale ne s'établissent que très lentement, mais on doit les rechercher systématiquement pour prévenir les accidents d'urémie postopératoires (Rochet, Pellanda).

Complications exceptionnelles. — La péritonite (Rondot, *Bulletin de la Société anatomique*, 1875), les fistules vésicales, la sclérose vésicale, si guérison, ont été observées.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de rétention d'urine est, en général, facile. Les malades attirent elles-mêmes l'attention du côté de l'appareil urinaire. La tumeur liquide hypogastrique disparaît après le cathétérisme qui confirme ainsi le diagnostic.

Dans certains cas exceptionnels, où le cathétérisme mal fait, où la vessie parésiée n'amènent pas l'issue de l'urine par la sonde, on pourrait être conduit au diagnostic d'anurie et croire à une tumeur liquide de toute autre nature. La précocité de formation de cette tumeur, les douleurs, imposent le diagnostic. L'anurie par fibrome est, en effet, très rare et on n'en trouve que quelques cas dans les thèses de Frayssé et de Pellanda. La rétention d'urine serait plutôt méconnue quand le sphincter parésié, forcé laisse couler de l'urine qui peut en imposer pour des mictions normales. La tumeur hypogastrique persiste alors et a pu être prise pour un kyste de l'ovaire.

Le diagnostic de rétention d'urine étant posé, il est surtout important de rapporter cette rétention à sa cause véritable, ce qu'un examen gynécologique attentif fera aisément.

De toutes les affections gynécologiques, le fibrome est le plus gros facteur de rétention d'urine, surtout si cette rétention coïncide avec l'époque menstruelle.

Néanmoins, si les signes fonctionnels des fibromes sont absents, si la tumeur peu volumineuse ne peut être décelée à l'examen gynécologique, on éliminera successivement toutes les autres causes de rétention d'urine.

Parmi les affections gynécologiques, on se rappellera que la

réten tion d'urine est fréquemment observée dans les *rétroversions* ou *rétroflexions de l'utérus gravide*. La rétention d'urine est tellement la conséquence de la rétroversion enclavée qu'elle en est souvent le premier et le seul symptôme, de sorte qu'on a pu dire avec raison que dans cet accident de la grossesse la vessie est tout, l'utérus n'est rien (Pinard et Varnier). Dans la rétroflexion toujours, dans la rétroversion souvent, la difficulté de la miction se complique; la miction devient tout à fait impossible. L'urine s'accumule dans la vessie qui se laisse distendre jusqu'à l'ombilic et qui, finalement, dégorge son trop plein sous forme de gouttes s'échappant continuellement par l'urètre : c'est la miction par regorgement.

La rétention d'urine a été observée dans les *fibromes de la paroi antérieure du vagin*. Une observation de ce cas a été publiée à la Société de médecine et de chirurgie par le professeur agrégé Duvergey :

« Malade se plaignant de métrorragies et de troubles de la miction, augmentation de volume du ventre. La menstruation a toujours été régulière. Deux accouchements normaux, pas d'avortement.

» En octobre 1919, il y a un an, elle s'est aperçue que son ventre grossissait. A ce moment, aucun trouble; quelques pertes blanches. En juillet 1920, des troubles urinaires ont apparu; mictions fréquentes et douloureuses. Le 18 août 1920, elle eut pendant quarante-huit heures une rétention d'urine qui céda au cathétérisme. Le 30 août, au moment de ses règles, elle présenta une hémorragie assez abondante par le vagin. Elle s'arrêta et resta immobile jusqu'à son entrée à l'hôpital. Un médecin porta le diagnostic de fibrome utérin et c'est avec ce diagnostic qu'elle fut envoyée à l'hôpital par M. le professeur agrégé Mauriac.

» A l'opération, on trouva une tumeur de la paroi antérieure du vagin n'ayant aucune connexion avec le corps enlevé ni avec le col. »

La rétention d'urine, dans un cas de *fibrome de la paroi postérieure du vagin*, est relatée par M. le professeur agrégé Patel (Lyon, 1923).

« Il s'agissait d'une malade entrant à l'hôpital parce que son ventre augmentait de volume et surtout parce qu'elle ne pouvait pas uriner. A l'examen, on trouve l'abdomen distendu, la vessie pleine faisant saillie à l'hypogastre. La malade était en rétention complète depuis huit jours et n'urinaît que par regorgement. L'intervention montre qu'il s'agissait d'un fibrome de la paroi postérieure du vagin. »

Dans les *kystes de l'ovaire*, on observe parfois de la rétention d'urine. Néanmoins, la rareté du fait a été mise en évidence par Terrillon (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1884). Ce fait tient à ce que les développements des kystes de l'ovaire est plutôt abdominal que pelvien et peut être à ce qu'il s'agit de masses liquides.

Les *kystes hydatiques* du bassin présentent souvent de la rétention d'urine au cours de leur évolution. Le diagnostic préopératoire a quelque importance pour énucléer la poche kystique sans l'ouvrir, afin d'éviter l'échinococcose secondaire.

Dans le doute, on s'aidera de réactions biologiques : éosinophilie sanguine, déviation du complément, réaction de Cazoni. Toutefois, l'affection est rare et mérite juste d'être signalée. De même, la rétention d'urine survenant dans le cas d'*allongement hypertrophique du col* (Delbet), de *rupture de grossesse tubaire* (Muret), d'*hématocolpos* (*Lyon chirurgical*, 1924).

En dehors des affections gynécologiques. — Dans les affections vésicales : *cystite, calcul, diverticule*, la rétention d'urine a été observée.

La rétention est un phénomène inconstant au cours des cystites. Elle présente un grand intérêt, c'est une rétention sans obstacle, complète, avec ou sans distension ; elle est due au spasme du sphincter membraneux.

Nous rappellerons que la malade de l'observation I avait été envoyée à l'hôpital pour examen cystoscopique, son médecin ayant émis l'hypothèse de polype de la vessie. Les *polypes* du col peuvent obstruer la lumière de l'urètre par une frange entraînée par le courant de l'urine. Le cathétérisme peut montrer alors un signe important, le signe du clapet. La miction

s'arrête, elle reprend quand, à l'aide de la sonde, on déplace la frange du polype ayant obstrué l'instrument.

Dans certains cas, et si l'on soupçonne une affection vésicale, la cystoscopie lèvera les doutes. Nous rappellerons, toutefois, le cas de Loumeau qui, en présence de rétention et d'hématurie, porta à la cystoscopie le diagnostic de tumeur de la vessie. Le fibrome proéminent dans le bas-fond vésical, la congestion vésicale en ce lieu en avaient imposé pour une tumeur.

Dans les lésions cérébrales et médullaires, la rétention d'urine est souvent rencontrée. Souvent, les symptômes nerveux font à eux seuls le diagnostic. Ils peuvent être peu apparents, et on recherchera :

La rétention de la *neurasthénie*, de l'*hystérie*. Elle serait due, ainsi que le pense Déjerine, au spasme du sphincter membraneux. On n'oubliera pas que la rétention d'urine est un des troubles qui peuvent se manifester dans la période *préataxique* et pour lequel les malades sont souvent soignées comme de pures urinaires. On recherchera les signes d'Argyll-Robertson, de Romberg, les troubles des réflexes tendineux et de la sensibilité.

TRAITEMENT

1° De la rétention.

Lorsque la malade se trouve en état de rétention, la première indication est de vider sa vessie. On aura recours au cathétérisme aseptiquement pratiqué. Il est, en général, facile.

Si le méat n'occupe plus sa situation normale, on se rappellera qu'il faut le chercher profondément sur la paroi antérieure du vagin. On se servira d'une sonde assez longue pour parer à l'allongement presque constant de l'urètre. En cas d'échec du cathétérisme, on aurait recours à la ponction hypogastrique de la vessie, mais cette opération n'est pas sans danger et ne doit être effectuée qu'en dernier ressort.

Si la rétention était ancienne et en cas de grosse distension vésicale, on videra la vessie en plusieurs temps pour éviter les hémorragies *a vacuo* qui pourraient subvenir, comme dans la rétention des prostatiques.

2° Du fibrome.

Après avoir paré aux accidents immédiats, on devra essayer de supprimer la cause.

Il ne saurait être question de traitement médical, d'opération palliative ou de ces moyens médico-chirurgicaux récemment préconisés. Radiothérapie (Bordier-Baujon, *Lyon chirurgical*, 1911), curiethérapie, opothérapie mammaire (Lunez, *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*).

La rétention d'urine commande l'intervention chirurgicale et l'intervention rapide pour éviter un retentissement du côté de l'appareil urinaire supérieur.

L'intervention est refusée par la malade. — On pratiquera une manœuvre en tous points semblable à celle qui consiste

à réduire l'utérus gravide rétroverse et incarcerated dans le bassin.

La position génu-pectorale sera prise par la malade et la main introduite dans le vagin refoulera la tumeur qui, dans les cas heureux, deviendra abdomino-pelvienne. L'utérus redressé pourra être maintenue par un pessaire. Parfois, l'utérus et la tumeur perdant leur tendance à se renverser en arrière, la rétention cessera définitivement (Obs. IV, cas de Hidd où la réduction se fit à l'aide d'un ballon rectal).

Si on intervient, quelle voie choisir? — La voie vaginale pourra être utilisée pour les fibromes de la portion intravaginale du col pour lesquels on pratiquera une myomectomie.

L'hystérectomie vaginale peut être exceptionnellement pratiquée dans le cas de fibrome peu volumineux.

La voie abdominale. — C'est la voie de choix. Celle qui donne le plus de jour, qui permet de n'opérer qu'après s'être rendu un compte exact des dispositions utérines et vésicales.

S'il s'agit d'une femme jeune chez qui on doit, autant que possible, conserver la menstruation et la possibilité de fécondation, on aura recours à l'opération conservatrice, la myomectomie, si le fibrome unique ou parfois multiple se prête bien à l'énucléation. La récurrence après myomectomie est parfois observée, et en présence d'une malade approchant de la ménopause on fera l'hystérectomie subtotale ou totale. La subtotale, moins choquante, sera préférée, sauf dans le cas de fibrome descendant très bas sur le col.

Les fibromes enclavés dans le petit bassin, qu'ils soient développés aux dépens du col ou aux dépens du corps pourront donner lieu à certaines difficultés opératoires. On pourra avoir recours à certaines manœuvres telles que l'hémi-section du corps utérin (Violet, J.-L. Faure). Le morcellement dans un cas de ce genre a été pratiqué par M. Vayssière (Obs. XIV).

Dans certains cas de fibromes postérieurs enclavés, on pourra avoir recours au procédé indiqué par Legall-Lassalle dans sa thèse : « L'énucléation, comme premier temps de l'hystérectomie, rend les plus grands services; elle expose peu à l'ouver-

ture de la cavité utérine, elle rapproche les vaisseaux et l'uretère de leurs situations normales. »

Mais on retiendra avant tout qu'au point de vue opératoire deux conclusions se détachent des données anatomo-pathologiques.

Pour éviter les uretères, il faut raser de près la tumeur, rester dans le vrai plan de clivage, celui qui est à la surface même de la tumeur. L'uretère, en effet, est souvent lésé. « Dans un cas, dit Lejars, je n'ai vu l'uretère et me suis aperçu de sa présence qu'après l'avoir lésé. » La situation de l'uretère n'est que très rarement signalée dans les observations. Un travail récent de Brash, paru dans le *British medical Journal* en 1922, montre que l'uretère gauche est, plus souvent que le droit, déplacé, comprimé, susceptible d'être lésé opératoirement en position presque médiane.

Pour éviter la vessie, il faut, dans ces fibromes, inciser haut dans l'abdomen, faire à la hauteur de l'ombilic une incision prudente, reconnaître le cul-de-sac anté-utérin ou sous-vésical et commencer, comme le demande Lejars, par séparer cette vessie de la tumeur, en l'abaissant vers le bassin avec une compresse de manière à avoir bien à nu la face antérieure de la tumeur et de permettre de faire plus tard sur la masse elle-même des manœuvres parfois compliquées qui sont nécessitées par les connexions étroites et les adhérences très serrées de la tumeur.

Ces précautions sont indispensables à prendre, la vessie ayant été plusieurs fois sectionnée ; d'autres fois, une portion de cet organe a été arrachée par suite des tractions exercées sur le fibrome inclus. Lorsque cet organe a été ouvert, il faut immédiatement suturer la plaie au moyen de deux surjets, l'un muco-muqueux, l'autre musculo-musculaire.

La vessie distendue et extrêmement mince a pu être prise pour un feuillet péritonéal. Bland-Sutton avait enlevé le tiers supérieur de la vessie dans un cas de ce genre. Il est inutile d'insister sur la gravité de cette méprise au point de vue de l'infection péritonéale.

Dans certains cas, la vessie surdistendue a pu nécessiter une sorte de plicature au catgut de sa face postérieure.

Pronostic.

Le pronostic de l'intervention dans les fibromes compliqués de rétention d'urine paraît légèrement plus grave que dans les cas de fibromes non compliqués de cet accident.

Ceci est dû aux difficultés opératoires créées par les adhérences vésicales et surtout à l'enclavement des tumeurs ayant amené la rétention.

Il est encore grave en raison du retentissement rénal qui se produit lentement, mais auquel on devra toujours penser, car il pourra se compliquer d'urémie postopératoire; les accidents urémiques mortels succédant à certaines de ces interventions ont été signalés par Pozzi et bien d'autres auteurs (Rochet). Si le taux d'excrétion urinaire est diminué, on fera la recherche de l'azotémie et de la constante d'Ambard. On prendra la tension artérielle souvent exagérée (Obs. III).

L'albuminurie est fréquemment observée. Elle ne serait pas une contre-indication opératoire si elle traduit la congestion rénale sans atteinte du parenchyme (Boursier), il en est autrement si elle s'accompagne de cylindres épithéliaux et de signes de brightisme.

Dans presque toutes les observations, les suites furent normales; les complications postopératoires signalées ne paraissent pas avoir de rapport avec la rétention.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la rétention d'urine dans les fibromes utérins a déjà donné lieu à de nombreuses discussions. Les diverses théories peuvent être ramenées à trois types que nous envisagerons successivement :

- La théorie nerveuse ;
- La théorie congestive ;
- La théorie mécanique.

I. — La théorie nerveuse.

La théorie nerveuse de la rétention a été proposée par Reed à propos de la rétention d'urine observée dans la rétroversion de l'utérus gravide. Par analogie, on peut concevoir que la masse fibromateuse reposant dans l'excavation au niveau des nerfs sacrés et du plexus hypogastrique amène la parésie de la vessie.

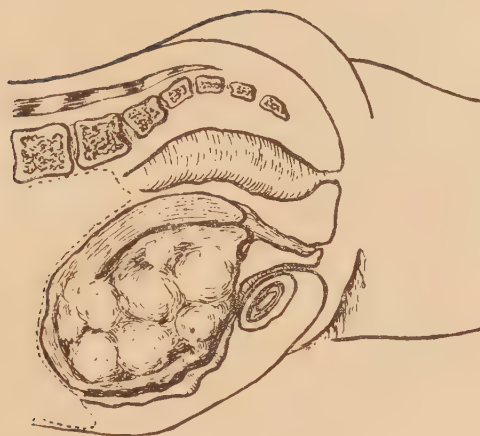
La rétention d'urine est encore observée par contraction du sphincter vésical. Ce sont les rétentions réflexes par contracture du sphincter membraneux. Le type en est la rétention de la cystite qui est une rétention sans obstacle. C'est ainsi que nous trouvons dans le *Précis de gynécologie* de Faure et Siredey : « Parfois l'irritation que produit le contact du fibrome amène une contracture réflexe du sphincter vésical et de la rétention. »

Ces théories nerveuses qui ne peuvent s'appliquer à la majorité des cas, sont rejetées par la plupart des auteurs et nous n'avons trouvé aucun fait en faveur de ces hypothèses.



Fibromyome interstitiel double.

La tumeur inférieure comprime la vessie en la déformant
ainsi que le rectum, d'après Bovée.



Distension de la vessie causée par une tumeur fibreuse,
d'après Bovée.

II. — La théorie congestive.

Le rôle de la congestion est bien connu dans la pathogénie de la rétention d'urine chez les prostatiques. Le rôle de la congestion pelvienne chez les fibromateuses ne paraît pas moins évident pour déclencher la crise de rétention. Une de nos malades (Obs. I) n'avait de crise de rétention que lorsqu'elle était couchée depuis quelques heures et elle avait été frappée par cette coïncidence.

De nombreux auteurs ont aussi fait remarquer que la rétention était fréquemment en rapport avec la période menstruelle. Le fibrome détermine par sa présence une congestion du muscle utérin surtout accusée au moment de la période cataméniale; la congestion vésicale semble à ce moment toute naturelle si l'on se rappelle la communauté des vaisseaux des deux organes.

La congestion pelvienne intermittente expliquerait les rétentions survenant sans trouble urinaire antérieur et avec disparition complète des symptômes dans l'intervalle des crises.

III. — Les théories mécaniques.

Les théories mécaniques ont été bien étudiées, en particulier par Legueu. Mais il ne considérait que les fibromes du col; or, l'anatomie pathologique nous montre que la rétention d'urine complique, dans une proportion plus forte encore les fibromes du corps.

Quatre hypothèses peuvent être envisagées : la compression de l'urètre, l'étirement de l'urètre, l'étalement de la vessie, un trouble de la statique utérine : la rétroflexion.

1° *La compression de l'urètre ou du col vésical.* — C'est la première hypothèse qui vient à l'esprit. C'est celle qui est envisagée par H. Treub à la page 306 de son *Manuel de gynécologie*. C'est encore celle d'Albutt et Playfeir dans leur *Gynécologie*. Hofmeier, à la page 324 de son *Traité des maladies des femmes*,

montre que les myomes sous-séreux, par pression sur la vessie, peuvent amener de la rétention d'urine.

Mais on se souviendra que chez la femme l'urètre est court, 3 centimètres environ, que la face antérieure du col utérin répond à la face postéro-inférieure de la vessie. La compression directe ne pourra s'exercer que dans des cas exceptionnels, c'est-à-dire dans les cas de volumineux fibromes du col intra ou sus-vaginal.

Mais cette condition n'est pas toujours suffisante. Nous rappellerons le cas cité par Tribondani où un fibrome cervical existant chez une jeune fille de 22 ans n'avait donné lieu à quelques symptômes qu'une vingtaine de jours avant la consultation. Or, cette tumeur enlevée pesait 2 kil. 750.

La compression peut être indirecte, produite par l'intermédiaire du col utérin plaqué contre la symphyse. Dans les fibromes de la paroi postérieure de l'utérus, cet organe est reporté en avant par le fait même du développement de la tumeur. Le col est très difficilement accessible au toucher, repoussé qu'il est vers la symphyse. L'urètre reçoit une pression de bas en haut, il est écrasé entre le col utérin et la symphyse et il s'oppose ainsi au libre écoulement de l'urine.

Contre cette théorie pathogénique de la rétention par compression directe ou indirecte de l'urètre, nous relevons :

- a) Le fait que le cathétérisme est, en général, facile ;
- b) Le fait que le toucher vaginal permet souvent d'introduire le doigt entre le col utérin et la symphyse ;
- c) Le fait mis en évidence par Le Lorier que la progression de la tête fœtale qui amène au niveau du bassin une extrême compression s'accompagne rarement de rétention d'urine ;
- d) Le fait qu'il y a des fibromes de l'utérus avec volumineux prolongements pelviens qui ne s'accompagnent pas de troubles de rétention. Telle l'observation de MM. Chavannaz et Loubat (1911) : « Fibromyome de l'utérus de 4 kilos offrant un intérêt tout spécial par le développement énorme de son prolongement intrapelvien. Ce dernier fait assez paradoxal n'avait déterminé aucun phénomène de compression ; la malade urinait facile-

ment ; pas d'œdème des membres inférieurs, pas de douleurs. A l'examen, on constate que le ventre, volumineux, contient une tumeur de forme vaguement arrondie, de consistance ferme, peu mobile transversement, remontant un peu au-dessus de l'ombilic et plongeant dans le bassin par sa partie inférieure. Lorsqu'on voulut pratiquer le toucher vaginal, les doigts furent aussitôt arrêtés par une masse volumineuse, régulière, dure, qui, repoussant fortement la paroi vaginale antérieure, appliquait le vagin contre la symphyse pubienne. Cette masse était fixée dans le bassin qu'elle emplissait complètement, empêchant toute exploration du col remonté au-dessus d'elle. Le doigt ne pouvait s'insinuer entre la tumeur et la face postérieure du pubis. On reste confondu qu'une telle masse ait pu rester enchâssée dans la cavité pelvienne sans déterminer de phénomènes de compression. »

2° *L'étirement de l'urètre.* — Dans les cas de rétention d'urine provoquée par la présence d'un fibrome utérin, on trouve au cathétérisme un allongement de l'urètre. Cet allongement de l'urètre est noté dans quelques observations. Il atteint 2 et 3 centimètres. Il était de 2 centimètres dans le cas qu'il nous fut donné d'observer.

La preuve de cette évolution, nous la trouvons souvent dans la disparition du méat qui remonte, se place dans la paroi antérieure du vagin au lieu de rester à la vulve, et rend parfois impossible le cathétérisme et toutes les explorations de la vessie (cas de Legueu, *Journal d'urologie*, 1912).

Cette traction de l'urètre amène un effacement de son calibre qui s'opposerait au libre cours de l'urine.

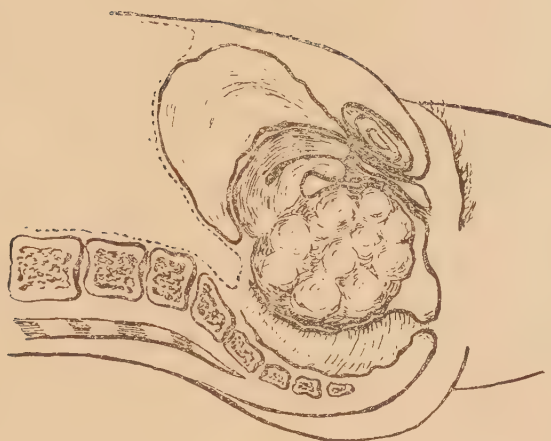
Comment se fait cet allongement de l'urètre ? Plusieurs cas ont été invoqués :

a) Un volumineux fibrome, au cours de son accroissement, quitte le bassin. Il devient abdomino-pelvien. Il attire l'utérus en haut, et, par l'intermédiaire de la zone qui fait adhérer la vessie au col utérin, il détermine l'ascension de l'urètre ;

b) Dans un certain nombre de cas, on peut admettre que l'étirement de l'uretère est produit par un mécanisme analogue



Fibrome de la face postérieure de l'utérus en rétroversion dans le Douglas. Rétention d'urine, d'après M. E. Papin, thèse Minvielle, obs. IX.



Fibrome développé aux dépens de la corne utérine gauche. Rétroflexion de l'utérus. Rétention d'urine. Obs. I, service de M. le professeur Duvergey.

à celui qu'avec Treub on admet classiquement dans les cas de rétention d'urine survenant à la suite de la rétroversion de l'utérus gravide.

Le déplacement du col de la vessie est suivi de celui de l'urètre, qui, de plus, subit encore la traction exercée par le col utérin sur la paroi vaginale antérieure. La paroi antérieure de l'urètre fixée à la symphyse ne se laisse pas déplacer aussi facilement que la paroi postérieure. Les deux parois glissent l'une sur l'autre, ce qui amène la suppression de la lumière du canal ;

c) L'étiement de l'urètre peut encore être secondaire à une autre cause. La vessie, gênée dans son expansion, tend à prendre un développement abdominal. La vessie en remontant attire l'urètre et l'étième.

3° *L'étalement de la vessie.* — La vessie, qui à l'état de distension physiologique, ne dépasse que de 2 centimètres le bord supérieur du pubis atteint fréquemment l'ombilic. Elle est étalée au niveau de la tumeur, et Legueu, dans la pathogénie de ces rétentions d'urine, fait jouer un rôle important à l'étalement de la vessie : « Dans ces conditions, la vessie ne peut plus revenir entièrement sur elle-même ; elle est retenue par ses adhérences à la tumeur et ne peut plus se contracter que par celles de ses parois qui sont libres. Les muscles abdominaux écrasent la vessie entre eux et la tumeur, mais de façon insuffisante pour la vider complètement. »

Mais cet étalement de la tumeur explique-t-il tous les cas de rétention ? Non, assurément, car cet étalement de la vessie a été observé dans des cas de fibromes ne s'accompagnant pas de rétention d'urine. Témoin deux observations prises entre bien d'autres dans la littérature médicale :

H. Duret, dans *Semaine gynécologique*, 1901 : « Gros fibrome abdominal et pelvien, 5 kil. 500, totalement inclus sous le péritoine. *Pas de gêne de la miction.* A l'opération, sur la face antérieure du gros fibrome abdominal, on fait sur le péritoine qui la recouvre une incision transversale à mi-chemin de sa hauteur. On décolle de haut en bas la membrane séreuse et

bientôt on entraîne avec elle un repli musculo-membraneux qui est la vessie étalée. »

Professeur Auguste Pollosson, dans thèse Perrôt : « ... *Pas de troubles de la miction* ; cependant, on constatait à l'examen que la vessie, soit distendue, soit incomplètement vidée, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic et paraissait fixée dans cette position. La laparotomie médiane montra, en effet, que la vessie occupait une situation fixe et remontait au moins jusqu'au niveau de l'ombilic. »

4° *La rétrodéviation de l'utérus*. — Enfin, dans un grand nombre de cas, une quatrième hypothèse peut être envisagée ; elle nous paraît jouer dans la pathogénie de ces rétentions d'urine un rôle important, à savoir un trouble de la statique utérine fréquemment observé à l'examen ou à l'intervention : la rétrodéviation de l'utérus fibromateux.

Quand on étudie la rétention d'urine survenant vers le troisième mois comme premier symptôme de la rétroversion de l'utérus gravide et la rétention d'urine survenant comme premier symptôme dans l'évolution d'un fibrome utérin, on est, en effet, frappé par l'analogie qui préside à ces deux états pathologiques.

Cette analogie a été observée par de nombreux auteurs français et étrangers qui l'ont mise en évidence.

Thomas Watts Eden, dans son *Manuel de gynécologie* paru en 1923, rappelle que, très souvent, les fibromes produisent des effets analogues à ceux de l'utérus gravide rétroversé, amenant une élongation de l'urètre, de la rétention d'urine et la surdistension de la vessie.

Cuthirst Lockier, dans *The New System of Gynecology*, insiste sur ce fait que les tumeurs cervicales et rétropéritonéales produisent souvent une élévation de la vessie. Les mêmes effets sont encore observés quand les tumeurs fibreuses tendant à s'incarcérer rappellent le mécanisme survenant dans des cas d'utérus gravidés rétroversés et incarcerated.

Bovée, à la page 382 de *Practice of Gynecology*, remarque que dans les fibromes comme dans les cas d'utérus gravide on voit très souvent de la rétention d'urine.

Samuel Cameron, à la page 239 de son *Manuel de gynécologie*, rappelle que de petites tumeurs fibreuses et surtout de gros fibromes peuvent basculer en arrière, s'incarcérer, causant de violentes douleurs et de la rétention d'urine. A la page 326, l'auteur signale que dans le cas des tumeurs intramurales ayant subi une dégénérescence kystique, l'utérus ressemble à s'y méprendre à un utérus gravide durant les premiers mois de la grossesse.

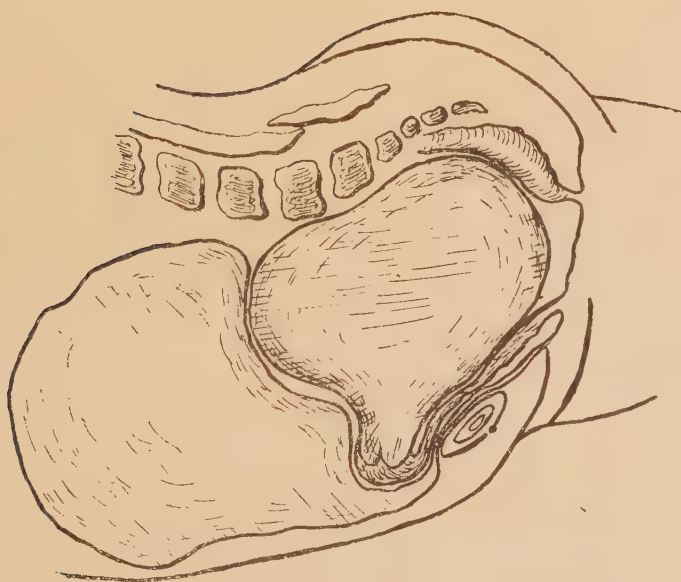
I. Witt (*Manuel de gynécologie*, 1907, p. 511) est partisan de la théorie de la compression indirecte, avec allongement de l'urètre rappelant la rétention d'urine observée dans l'utérus gravide rétroversé.

En France, Thomas, Vayssière, ont insisté sur le rôle de la rétroflexion utérine dans la pathogénie de ces rétentions d'urine.

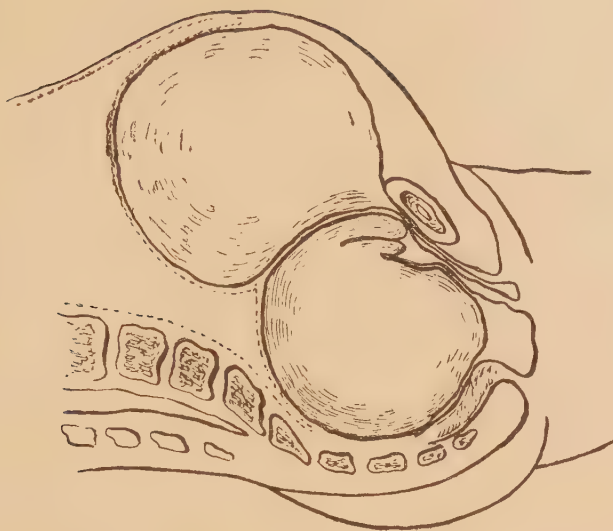
Quelle est la pathogénie de la rétention d'urine dans la rétroversion de l'utérus gravide?

La théorie nerveuse de Reed par parésie vésicale, celle de Olshausen par coudure de l'urètre qui, en réalité, n'existe pas, celle de la compression de l'urètre par le col utérin (Küstner), infirmée par le toucher vaginal, celle de Pinard et Varnier de l'œdème du col utérin, ne nous retiendront pas longtemps.

Pour Martin et Bree, la vessie est entraînée par ses adhérences vésico-utérines. Elle revêt la forme d'un sablier dont l'étranglement correspond soit au col utérin, soit à l'angle de flexion de l'utérus. Le sommet de la vessie étant dans une position déclive, sa dilatation se trouve de la sorte favorisée. Dans la rétroversion de l'utérus fibromateux comme dans la rétroversion de l'utérus gravide, l'urètre est fortement étiré, de 3 centimètres normalement, il peut passer à 7 et 8 centimètres. Le col de la matrice élevé au-dessus de la symphyse et dirigé vers le haut fait une saillie dans la cavité vésicale, il forme comme un clapet et sépare une petite partie du bas de la vessie, de la grande cavité. Il se fait dans le bas-fond vésical une rétention incomplète d'urine. Cette rétention incomplète étant due à la position déclive de la vessie et encore à l'obstacle rencontré par le cours de l'urine au moment de l'évacuation : col



Rétroversion, utérus grvide (3 mois) avec rétention
d'urine, par Trillat.



Utérus grvide. Rétroflexion utérine avec vessie
distendue, d'après Hofmeier.

dans la rétroversion, angle du corps et du col dans la rétroflexion. Nous avons vu, en étudiant la physio-pathologie de la rétention, que la vessie, obligée de lutter contre un obstacle même faible, ne se débarrasse que d'une partie de son contenu. Mais cette stagnation entraîne de la fatigue et des lésions musculaires et la rétention, d'incomplète tendra à devenir complète.

En faveur de cette notion pathogénique plusieurs faits ont été observés :

1° La rétrodéviatiou utérine a été fréquemment mise en évidence, soit à l'examen, soit au cours de l'intervention;

2° La présence d'un vestibule. L'observation publiée par Thomas, en 1924, montre une différence entre deux sondages qui traduit l'existence d'un vestibule en avant de la cavité vésicale;

3° La manœuvre dite de Laroyenne, appliquée à l'utérus gravide rétroversé dont on veut obtenir le désenclavement, a donné dans certains cas d'utérus fibromateux rétrofléchis le même résultat. Il suffit de repousser la masse qui proémine dans le Douglas pour permettre aussitôt le passage de l'urine (Obs. IV de Schickelé, de Hidd...);

4° Le fait signalé dans un certain nombre d'observations que la crise de rétention peut être évitée si la malade vide fréquemment sa vessie. La vessie distendue exagère encore la rétroflexion utérine qui réagit secondairement sur la vessie et rend la rétention irréductible (Schickelé, *Paris médical*, 1924).

« Il y a huit ans, après des difficultés de miction, subitement, la malade n'avait plus pu uriner. Petit à petit, son état s'améliora après que cette malade eut remarqué qu'en urinant fréquemment cette rétention pouvait être évitée. »

En résumé, deux variétés de fibromes s'accompagnent le plus fréquemment de rétention d'urine : le fibrome du col et le fibrome de la paroi postérieure du corps. Une commune disposition anatomique est rencontrée dans ces deux variétés : c'est l'ëtirement de l'urètre. Il faut que le fibrome du col ait causé une forte élévation de l'utérus et de la vessie, que la rétroflexion soit bien prononcée et coincée par le fibrome de la paroi

postérieure pour produire le symptôme. En effet, la grosseur de la tumeur n'est pas le facteur décisif; la compression directe du col et de la vessie ne suffit pas non plus; l'urètre, très mobile, arrive à échapper à la compression en se dérochant dans une échancrure sous la symphyse. L'étalement et l'élévation de la vessie rencontrés aussi dans les deux variétés paraissent être secondaires. Des observations précises montrent que cette condition ne peut, à elle seule, créer la rétention. La situation postérieure des fibromes n'est pas suffisante, elle n'agira que combinée à une rétroflexion.

La rétroflexion a une grosse importance, car elle amène l'immobilisation de la tumeur dans la cavité sacrée et maintient l'étirement. Le fibrome postérieur en rétroflexion sera celui qui sera suivi le plus souvent de rétention d'urine.

La rétention amorcée par ces dispositions anatomiques sera déclenchée par un phénomène physiologique : la congestion. La turgescence résultant le plus souvent de la menstruation permettra à la tumeur de combler complètement l'espace sous-symphysaire et d'effacer la lumière de l'urètre. C'est le seul moment où la compression directe entre en ligne de compte. Dans la production de la rétention complète, elle n'a qu'un rôle secondaire. Rappelons que le fibrome grossissant devient, en général, de pelvien, abdomino-pelvien et que la compression directe a rarement lieu de s'exercer. Le mécanisme de la rétroflexion paraît donc prépondérant dans la pathogénie de la rétention d'urine. Rétention liée à la présence d'un fibrome le plus souvent postérieur sur un utérus dont il entraîne la rétroflexion.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

Recueillie dans le service de M. le professeur DUVERGEY.

M^{me} Julia B...-G... est âgée de 43 ans ; elle exerce la profession de femme de ménage. Elle entre dans le service de M. le professeur Duvergey parce qu'elle a présenté à plusieurs reprises de la rétention d'urine.

Le médecin appelé à sonder la malade, ayant émis l'hypothèse de polype de la vessie, conseille à sa cliente d'entrer à l'hôpital pour fin d'examen cystoscopique.

Histoire de la maladie. — C'est il y a quatre mois que la malade, qui s'était couchée comme à l'habitude, vers 10 heures, est éveillée, quelques heures plus tard, par un besoin impérieux d'uriner. Malgré de violents efforts, elle ne peut satisfaire ce besoin et au matin on appelle un médecin qui pratique le sondage.

En quatre mois, les crises de rétention se sont reproduites six fois et chaque fois il a fallu sonder la malade. Les crises de rétention ont apparu uniquement la nuit, semblant être provoquées par la position horizontale, ainsi que la malade elle-même le fait observer.

Dans l'intervalle des crises, la malade accuse une légère pollakiurie, mais pas de dysurie. La constipation est habituelle et n'a pas été augmentée ces derniers mois.

Depuis plusieurs mois avant l'apparition de ces crises de rétention, la malade présentait de la pollakiurie diurne et nocturne.

Il n'y avait pas de douleur à la miction. Les urines étaient claires et l'analyse a montré qu'il n'y avait ni sang, ni sucre, ni albumine.

Il n'y a jamais eu de troubles fonctionnels du côté de l'appareil génital. Pas de pertes de sang, ni de pertes blanches. Cependant, les règles, indolores, tendent, depuis quelque temps, à être douloureuses, plus abondantes, et à présenter quelque avance.

La malade a fait une grossesse à terme il y a dix ans. Pas de fausse couche. Pas d'antécédents pathologiques à signaler.

Examen le 13 décembre 1927. — On est en présence d'une malade dont l'aspect physique traduit un bon état général. La malade urine spontanément; elle accuse de la pollakiurie et une légère polyurie (2 litres à 2 lit. 500).

A l'inspection, le ventre paraît normal. Cependant, à jour frisant, on décèle une légère voussure de la région hypogastrique à gauche. Pas de circulation complémentaire, pas d'œdème des membres inférieurs.

On pratique le toucher vaginal. On tombe sur une tumeur assez volumineuse (qui paraît représenter le volume d'une tête fœtale). Le col est plaqué contre la symphyse pubienne, repoussé par la tumeur qui tombe dans le cul-de-sac postérieur. A travers le Douglas, on la perçoit faiblement; elle paraît régulière, de consistance uniformément dure.

Le palper combiné montre à travers une paroi abdominale antérieure très épaisse un utérus augmenté de volume dont la surface paraît irrégulière.

La cystoscopie. — L'introduction du cystoscope présente quelques difficultés. Le cathétérisme montre un allongement de l'urètre de 2 centimètres. La vessie a une capacité augmentée et tolère plus de 500 cc. de liquide. Le sommet paraît volumineux et remonte beaucoup plus haut que normalement, au point qu'il est difficile d'apercevoir la bulle d'air. A droite et à gauche, la vessie est globuleuse et il existe un élargissement marqué de sa base. La muqueuse vésicale est à peu près saine, mais elle présente quelques bulles d'œdème et une légère hyperhémie du bas-fond vésical.

Quelques examens du sang et des urines montrent :

Une azotémie légèrement augmentée, 0 gr. 40 p. 1.000 ;

Une diminution de l'excrétion de l'urée. L'analyse des urines étant :

Urée, 8 gr. 60 par litre ;
Chlorures, 7 gr. 50 par litre ;
Albumine, traces infimes ;
Glucose, acétone, urobiline, 0.

On s'assure que la malade ne présente pas d'autres causes de rétention d'urine. L'examen du système nerveux est absolument négatif.

Pas d'inégalité pupillaire, pas d'Argyll-Robertson, pas de signe de Romberg, pas de troubles de la réflectivité. Le B.-W. pratiqué dans le sang est négatif.

Intervention le 25 décembre 1927. — Myomectomie et appendicectomie complémentaire par le professeur Duvergey. Anesthésie éther. Ombredanne.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Au-dessous des plans musculaires et aponévrotiques, derrière la gaine du grand droit, on tombe sur une masse grasseuse remontant presque jusqu'au niveau de l'ombilic, attachée à la région pubienne par un pédicule également adipeux, on reconnaît la vessie ayant subi une ascension très marquée. Celle-ci réclinée, le péritoine est incisé. Au fond du pelvis, on trouve d'avant en arrière un utérus plaqué contre la symphyse pubienne, semblant écraser la partie inférieure de la vessie en rétroflexion légère et derrière celui-ci est une tumeur du volume d'une tête fœtale, d'aspect lisse, de consistance dure, complètement probée dans le Douglas.

La corne utérine droite paraît normale, ainsi que l'ovaire droit, mais la corne utérine gauche se continue avec cette tumeur. On désenclave facilement la tumeur intrapelvienne et on constate qu'elle est développée aux dépens de la corne utérine gauche, refoulant à sa périphérie l'ovaire gauche. Aucune adhérence.

La tumeur est amenée facilement à l'ouverture de la paroi, vu que l'utérus ne présente aucun autre noyau fibromateux développé à sa surface ni décelable à la palpation ; on décide de conserver l'utérus et l'ovaire droit et on fait l'ablation de la tumeur pelvienne et de

l'ovaire, après ligature de la trompe et section du pédicule de la tumeur.

L'hémostase est quelque peu difficile à obtenir parfaite. Mise en place d'un drain au contact de l'utérus. Suture de la paroi en plusieurs plans.

Suites opératoires immédiates normales.

La malade urine spontanément. Le quatrième jour, elle éprouve quelques difficultés pour uriner. Cette rétention cède spontanément au bout de quelques heures.

Le dix-huitième jour, phlébite légère du membre inférieur droit sans grosse élévation de température. Évolution normale de cette dernière. Environ un mois et demi après son intervention, la malade présente des urines un peu troubles, symptôme qui a disparu après quelques lavages et l'ingestion de bleu de méthylène. Pas de troubles vésicaux depuis.

Cystoscopie le 2 avril. — La vessie qui, avant l'intervention était extrêmement allongée, remontait au-devant de l'utérus presque jusqu'à l'ombilic et qui présentait à droite et à gauche de longues gouttières, a repris sa forme à peu près normale, mais reste cependant un peu plus allongée que normalement.

La capacité vésicale est encore de plus de 500 cc. Les orifices urétéraux sont normaux, mais il existe encore quelques bulles d'œdème.

OBSERVATION II (inédite).

Due à l'obligeance du docteur BLANCHOT, chirurgien des hôpitaux.

Le 19 avril 1928, nous sommes appelé par le docteur Boissier-Lacroix auprès d'une malade qui, depuis la veille, est atteinte de rétention complète.

Nous sondons cette malade sans difficulté. 1 litre environ d'urine claire s'échappe par la sonde.

Quelques jours après, nous procédons à l'examen complet de la malade. Nous constatons qu'elle présente une tumeur abdomino-pelvienne, bilobée, faisant corps avec l'utérus, peu mobile parce que bloquée dans le bassin.

Le palper abdominal montre, en effet, une tumeur sus-pubienne,

médiane, de consistance dure. Le palper combiné permet de sentir cette même tumeur faisant manifestement corps avec l'utérus et paraissant assez mobile et, en arrière d'elle, dans le cul-de-sac postérieur, une masse beaucoup plus volumineuse, enclavée dans le bassin, et dont les rapports avec la masse antérieure n'étaient pas absolument évidents.

Le toucher montre que le col utérin est plaqué contre la symphyse pubienne.

Il paraît évident que cette tumeur est la cause de la rétention, la malade ne présentant aucune autre lésion susceptible de l'expliquer.

Étant donné ce diagnostic, une intervention est décidée qui confirme l'existence d'un fibrome assez volumineux enclavé dans le bassin, avec un gros nodule postérieur. Hystérectomie subtotale classique et suites régulières.

Dès la sixième heure, après l'intervention, la malade éprouve le besoin d'uriner. Elle urine facilement et n'a cessé d'uriner très librement depuis (l'opération date de huit jours aujourd'hui).

Comme il est classique dans les cas de cet ordre, la vessie était très remontée; elle allait jusqu'à mi-hauteur de l'ombilic et aurait certainement été sectionnée si l'ouverture du péritoine n'avait été très prudente en raison du danger connu de blessure de la vessie lorsqu'elle est refoulée par une masse pelvienne.

Il est à noter que cette femme n'avait jamais eu de troubles de ses règles, malgré l'existence d'un fibrome déjà volumineux (l'ensemble avait à peu près le volume d'une tête d'enfant). D'autre part, elle n'avait pas éprouvé de phénomènes de compression sur d'autres organes que sur la vessie (pas de constipation).

La rétention aiguë avait été provoquée par une dysurie de plus en plus accusée ayant commencé il y a quatre ou cinq ans. Les mictions étaient lentes et laborieuses. La dysurie était aussi accusée le jour que la nuit.

Il s'agissait d'une femme petite de taille, jouissant d'un état général satisfaisant, n'ayant aucun passé pathologique, mais accusant depuis quelques années des tiraillements et des douleurs lombaires.

Le dosage de l'urée sanguine pratiqué deux jours avant l'intervention donne 0 gr. 40 p. 1.000.

L'examen des urines donne :

Urée : 20 grammes par litre ;

Chlorures : 42 grammes par litre.

OBSERVATION III (inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Guyot.

Léonie S..., 51 ans, cultivatrice.

Entre à l'hôpital, le 26 octobre 1927, pour fibrome utérin.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade pendant son enfance. Bon état général jusqu'à ce jour.

Réglée à 15 ans. Les règles ont toujours été régulières, pas de pertes.

Mariée à 20 ans. Deux accouchements normaux à 21 et 23 ans.

Histoire de la maladie. — A partir d'août 1927, les règles deviennent douloureuses, mais ne sont pas plus abondantes que de coutume. Pas de pertes blanches, pas d'hyrorrhée, pas de métrorragies. A ce moment, la malade présente de légères difficultés pour uriner, mais ces troubles disparaissent et la malade n'en présente plus jusqu'en fin septembre. A ce moment, crise aiguë de rétention survenue sans cause apparente. La malade, malgré ses efforts, reste une journée sans uriner, elle souffre beaucoup et doit être sondée.

Depuis cette époque, la malade n'a plus fait de crise de rétention.

Elle n'a pas présenté de constipation, ni d'œdème des membres inférieurs.

Examen. — Le palper montre sur la ligne médiane une tumeur dure, peu mobile, non douloureuse, arrondie, irrégulière, plongeant dans le petit bassin, et remontant à cinq travers de doigt au-dessus du pubis.

Au toucher, on sent un col abaissé, à 1 centimètre de la vulve environ.

Le cul-de-sac postérieur est refoulé par la saillie de la tumeur abdominale qui se prolonge dans la concavité sacrée. Les deux culs-de-sac latéraux sont remplis par la tumeur. Le cul-de-sac anté-

rieur est profond. Les mouvements de la tumeur se transmettent au col. Il n'y a rien de particulier aux annexes.

On diagnostique une tumeur utérine ayant les caractères d'un fibrome non compliqué dont le grand caractère est la fixité (peut-être inclusion dans le ligament large).

Rien aux appareils respiratoire et digestif.

Tension artérielle : Mx, 22 ; Mn, 14 ; I., 2,3.

Opération le 8 novembre 1927. — Hystérectomie subtotale.

Dès le ventre ouvert, on aperçoit la vessie qui remonte très haut. Ligature première des pédicules, section du col, cautérisation au thermocautère, péritonisation, suture de la paroi.

Suites opératoires. — Malade fatiguée présentant de la bronchite diffuse surtout à la base.

Révuision ; toni-cardiaques.

Malade décédée le 16 novembre 1927.

OBSERVATION IV

Docteur G. PEPPER, 1868.

Une femme de 50 ans présentait depuis huit mois une chute de l'utérus. Tout d'un coup, à la suite d'un effort violent, se produisit chez elle une rétroversion complète.

Douze jours après cet accident, elle alla trouver le docteur Pepper. Celui-ci constata que la vessie était complètement distendue, le rectum comprimé et l'arrêt des matières fécales absolu. Anorexie, nausées fréquentes ; dans les derniers jours, vomissements, affaiblissement rapide.

La vessie fut d'abord vidée par la sonde, puis l'examen pratiqué par le vagin et par le rectum fit découvrir une masse dure, sphéroïdale, du volume d'une tête de fœtus, distendant le cul-de-sac recto-vaginal et remplissant complètement le petit bassin. On ne pouvait trouver le col utérin.

Après des essais divers, tous infructueux, on put enfin, la femme étant placée sur les mains et les genoux, repousser la tumeur hors du petit bassin au moyen de pressions exercées dans le rectum et le

vagin. On reconnut alors que le myome occupait toute la paroi postérieure de l'utérus. Le col était étroit, trop haut pour pouvoir être atteint avec le doigt, mais la sonde utérine fut introduite.

L'utérus fut maintenu par des pessaires dans une position élevée. Au bout de quinze jours, on put les enlever; la tumeur ne paraissait plus avoir la même tendance à se renverser en arrière, ni même à se déplacer par le bas.

OBSERVATION V

PURSLow, *Lancet*, 1904, p. 303.

La malade entre à l'hôpital le 16 décembre 1923. Elle est âgée de 25 ans. Elle a toujours eu une bonne santé. La menstruation s'est faite à 14 ans et a toujours été régulière.

Il y a trois semaines, la malade se trouve dans l'impossibilité d'uriner. On pratique le cathétérisme de la vessie et un examen gynécologique décèle la présence d'une tumeur.

Une semaine après, nouvelle crise, et en attendant son admission à l'hôpital, la malade a eu plusieurs crises qui toutes nécessitèrent le cathétérisme.

A l'entrée à l'hôpital, la malade présente les apparences d'une bonne santé.

La palpation abdominale ne révèle rien, mais on sent au toucher vaginal une masse arrondie, remplissant la région postérieure du pelvis. On diagnostique un fibrome utérin et on décide d'intervenir.

L'opération est faite le 19 décembre. Laparotomie médiane. L'utérus est enlevé par hystérectomie totale.

Excellentes suites opératoires. Fermeture de la plaie par première intention. La malade a repris ses occupations comme auparavant. Il n'y a plus de troubles de la miction.

La tumeur, du poids de 1 kilogramme, était située à la partie postérieure de l'utérus, séparée de la cavité utérine par une couche très mince de tissu.

OBSERVATION VI

Professeur TÉDENAT, in *Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie*.

Rose P..., âgée de 24 ans, m'est adressée, le 10 avril 1886, par le docteur Teissonnière.

Réglée à 12 ans, régulièrement, et toujours bien portante, vierge. Depuis l'âge de 18 ans, la menstruation dure huit à dix jours, avec caillots, sans leucorrhée. Depuis deux ans, mictions fréquentes; dans les six derniers mois, il a fallu, à plusieurs reprises, évacuer l'urine avec la sonde.

Le 3 mars 1886, le docteur Teissonnière a reconnu l'existence d'une tumeur dure, arrondie, qui est enclavée en arrière et au-dessus du pubis qu'elle déborde par en haut et par en bas. La malade est pâle, très anémiée par les ménorragies, amaigrie, avec un pouls filiforme à 100-120.

Le cathétérisme est pratiqué deux fois par jour depuis quinze jours quand elle arrive à Montpellier, le 10 avril 1886.

La tumeur remplit le vagin. Elle embrasse, dans la concavité formée par deux gros lobes, la symphyse pubienne. Le lobe supérieur dépasse la symphyse par en haut de huit travers de doigt.

La tumeur est presque immobilisée par son enclavement. Urines purulentes.

Le 13 avril, laparotomie. Le corps de l'utérus occupe la partie postéro-supérieure de la tumeur. Incision transversale du péritoine à 2 centimètres au-dessus du bourrelet formé par la vessie. Incision de la capsule du fibrome, mince, pâle. Décortication assez facile, avec un peu d'hémorragie de la tumeur qui s'implante sur le col par un pédicule épais de 3 centimètres, large de 2 centimètres.

Le pédicule est lié avec un gros fil de soie et sectionné. La vessie n'est pas intéressée, la décortication ayant pu être faite sans de grandes difficultés entre la tumeur et sa capsule.

OBSERVATION VII

Professeur TÉDENAT, in *Bull. de la Société d'obstétrique et de gynécologie*.

M^{me} Jeanne R..., 48 ans, sage-femme à Nîmes, entre le 8 janvier 1876 à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du professeur Valette où j'étais interne. Réglée à 13 ans régulièrement. Accouchements normaux et sans complications à 21 et 24 ans. Depuis l'âge de 30 ans, hémorragies abondantes durant huit à dix jours, sans douleurs.

Le docteur Pleindoux diagnostique un fibrome utérin quand la dame avait 37 ans. Depuis trois ans, mictions fréquentes; depuis deux ans, rétention d'urine nécessitant le cathétérisme. Quand la malade entre dans le service du professeur Valette, elle est en état d'infection urinaire, pâle, amaigrie, avec de la fièvre. Pyonéphrose bilatérale. La miction se fait par regorgement et on a de la peine tant une grosse tumeur dure comprime l'urètre et la région du col de la vessie, à introduire une sonde qui est laissée à demeure.

La malade succombe le 25 juin.

A l'autopsie, on trouve un fibrome de la région antéro-supérieure du col où il s'attache par un pédicule large de 3 centimètres, d'épaisseur égale à la largeur.

Il est presque entièrement calcifié dans ses plans superficiels et comprime fortement la région sus-cervicale de la vessie contre la partie inférieure de la symphyse pubienne. Le corps fibreux adhère fortement à la vessie et fait corps avec la muqueuse, très amincie, et portant de menues ulcérations.

La tumeur arrondie pesait 2.300 grammes. Le corps de l'utérus avait des dimensions normales et sur la coupe ne présentait aucun nodule fibromateux. Les uretères étaient fortement dilatés et les reins, très distendus par le pus, avaient leur tissu réduit à une couche épaisse de 2 à 3 centimètres suivant les points.

OBSERVATION VIII (résumée).

Professeur LEGUEU, in *Journal de chirurgie*.

Femme de 42 ans. Pas de grossesse. Pas de fausse couche. Bien réglée. Pas de pertes. Augmentation de volume du ventre depuis deux ans. Depuis, quelques douleurs dans la région lombaire.

Fréquence des mictions. — Urine actuellement sept ou huit fois dans la journée, deux fois la nuit. Les mictions, depuis un an, sont devenues difficiles. La malade fait des efforts et par moment peut à peine émettre quelques gouttes d'urine.

A l'inspection, ventre volumineux. Au palper, tumeur dure remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Elle est immobile, impossible de la déplacer dans un sens ou dans l'autre, ne fût-ce que de quelques millimètres.

Au toucher, à quelques centimètres au-dessus de la vulve, le doigt rencontre la tumeur. Le Douglas est refoulé par la tumeur dans le vagin. Le doigt ne peut s'engager dans le conduit vaginal, la place étant occupée par elle. On n'arrive pas au col.

Le diagnostic porté est celui de fibrome utérin probablement du col.

Aucun trouble du côté rectal.

Du côté vésical, la malade urinait très difficilement. Une tumeur liquide occupait toute la zone sous-ombilicale et on pense à une vessie remontée et distendue. Impossibilité du cathétérisme, car on ne trouvait plus l'uretère remonté dans la paroi antérieure du vagin.

Urine : Quantité examinée, 1 litre.

Phosphates, 1 gr. 21 ; urée, 10 grammes ; Nall, 2 grammes.

Opération. — Après incision musculaire, on voit le cul-de-sac péritonéal antérieur à peu près à moitié chemin entre le pubis et l'ombilic. On l'ouvre plus haut, au niveau de l'ombilic. La vessie est haut située, couvrant le devant de la tumeur. L'utérus, reconnaissable à ses annexes, occupe le pôle supérieur. Le reste, le gros de la masse, est fait par une tumeur dure qui occupe toute la cavité pelvienne, est immobile et cachée sous la vessie et au-dessous ou dans les ligaments larges.

On commence par décoller la vessie en la décollant prudemment. Dans un premier temps, on lie à droite et à gauche des bords inférieurs des ligaments larges le pédicule utéro-ovarien. On profite du plan de clivage offert par l'ouverture du ligament large pour procéder au décollement de la tumeur. La tumeur se mobilise alors petit à petit et vient presque tout entière à la fin. Hystérectomie totale.

Les uretères ont été recherchés au cours de l'opération, mais on ne les a pas trouvés. Suites normales.

Au départ, urine : Quantité, 2 lit. 750.

Chlorures, 7 gr. 70 par vingt-quatre-heures; urée, 21 gr. 45; phosphates, 3 gr. 25; traces d'albumine.

OBSERVATION IX

M. PAPIN, dans thèse MINVIELLE.

M^{me} A..., 39 ans, vient à l'hôpital parce qu'elle présente une volumineuse tumeur et qu'elle a de la peine à uriner.

A toujours été bien réglée. Trois grossesses. Accouchements normaux.

Les premiers symptômes de l'affection actuelle ont apparu, il y a quinze mois, sous forme de douleur sourde dans la région du bas-ventre. En même temps, elle reconnaissait la présence d'une tumeur abdominale qui augmentait progressivement. Ses règles étaient prolongées, durant une dizaine de jours.

Depuis ce moment, la malade a des mictions fréquentes le jour et la nuit, mais non douloureuses. La malade est maigre et on aperçoit la tumeur à la simple inspection. Au toucher, on constate la présence, dans le cul-de-sac postérieur, d'une grosse masse arrondie qui est séparée du col de l'utérus par un sillon très marqué. La tumeur ainsi enclavée refoule le col tout contre la symphyse et il faut aller le chercher très haut.

Par le palper bimanuel, on constate que la masse vaginale et la tumeur hypogastrique, qui remonte presque jusqu'à l'ombilic, ne font qu'un et sont mobilisables en même temps, mais seulement très légèrement. La surface est parfaitement lisse, la pression n'est pas douloureuse. Le diagnostic porté est celui de fibrome de l'utérus de la paroi postérieure. On pratique alors la cystoscopie. Malgré la fréquence des mictions, on voit que la capacité vésicale est supérieure à la normale, 450 cc. environ. La malade doit uriner par regorgement.

L'introduction du cystoscope est difficile et il faut abaisser très

fortement le pavillon de l'instrument entre les cuisses de la malade, presque verticalement. On voit alors se dessiner sur la surface abdominale une large zone éclairée par transparence et remontant presque jusqu'au sommet de la tumeur. C'est la vessie aplatie au-devant de l'utérus et fortement étirée en haut. Au cystoscope, on ne peut voir qu'une surface rouge et des parois vésicales séparées seulement par une mince lame de liquide. Il est absolument impossible de reconnaître les orifices urétéraux. Cet examen cystoscopique permet de compléter le diagnostic. Il s'agit d'un fibrome de la face postérieure de l'utérus en rétroversion dans le cul-de-sac de Douglas, qui a entraîné la vessie et qui refoule le col en avant en comprimant fortement l'urètre contre la symphyse du pubis.

Hystérectomie abdominale. La masse a le volume d'une grosse tête d'enfant; elle est refoulée en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, mais sans adhérences.

Il faut inciser le péritoine très haut devant l'utérus, à cause de la vessie. C'est le seul temps difficile de l'opération qui se termine simplement.

Suites normales.

Cinq semaines après, on pratique la cystoscopie.

Le cystoscope pénètre facilement et montre une paroi vésicale sale et desquamée.

On voit une saillie centrale et de chaque côté deux culs-de-sac sombres. Les deux urètres sont visibles sur le flanc de ce monticule : l'un à droite, l'autre à gauche.

OBSERVATION X

GUYOT et JEANNENEY, *Journal de médecine de Bordeaux*, 1913.

Il s'agit d'une femme de 43 ans; ses antécédents tant héréditaires que personnels ne sont altérés par aucune tare; enfance normale, premières règles à 17 ans, mariage à 19 ans, accouchement à 20 ans sans suites. Son mari étant mort, nouveau mariage sans enfants.

Il y a huit mois, en juillet 1912, apparaissent des troubles urinaires légers; il faut pousser énergiquement pour expulser un filet

d'urine qui coule sans la force d'autrefois. Il y a seulement dysurie ; ni pollakiurie, ni polyurie. Les urines ont un dépôt blanc assez abondant. Cependant, une analyse, faite par un pharmacien, n'y décèle aucun élément anormal. A la fin de la miction, il semble que la vessie ne soit pas vide ; le bas-ventre est gros, et à tout moment la malade y ressent des tiraillements, une sensation de pesanteur surtout à droite. Ces phénomènes ne s'exagèrent pas au moment des règles qui ont conservé leurs caractères habituels. Jamais de ménorragies et jamais de métrorragies, ni leucorrhée, ni hydrorrhée, ni douleurs vives. La malade prend des diurétiques, se met au repos, et ces signes s'amendent peu à peu. Tout rentre dans l'ordre jusqu'en 1913.

Le 6 janvier, après un repas copieux, la malade s'endormit tranquillement. Vers 1 heure du matin, une quinte de toux la réveille. En même temps, une envie impérieuse d'uriner l'oblige brusquement à se lever. Vains efforts, la miction est impossible, malgré toutes les positions essayées. Des douleurs violentes sillonnent son bas-ventre et s'irradient vers le membre inférieur droit. Elle appelle un médecin qui la sonde, le 7 à midi, retire 2 litres d'urines claires et provoque un grand soulagement. Mais vers 5 heures du soir, apparaît une crise de rétention analogue à celle de la veille, nécessitant un cathétérisme évacuateur le lendemain ; enfin, après une troisième apparition des phénomènes, les urines arrivant troubles, la malade est envoyée dans le service de M. le professeur agrégé Guyot, salle 1, lit 9.

A ce moment (10 janvier 1913), l'examen de la malade montre des organes génitaux externes assez congestionnés. Au toucher, on tombe sur une tumeur volumineuse et dure, assez mobile, non douloureuse, refoulant le cul-de-sac antérieur et bombant à droite. Le col est rejeté en arrière et à gauche, ses caractères sont normaux.

Le cathétérisme de l'urètre fait sentir une légère résistance au niveau du col vésical. On retire 200 grammes d'urines claires où l'analyse révèle des traces nettes d'albumine et l'examen microscopique de nombreux leucocytes.

Au spéculum, le col apparaît dévié à gauche. On y introduit diffi-

cilement l'hystéromètre, qui mesure une cavité utérine de 12 centimètres.

Le rein droit est gros, mais indolore.

Le diagnostic de compression du col par un fibrome utérin est porté.

On doit différer l'intervention à cause de phénomènes fébriles et d'une bronchite aiguë présentée par la malade, qui est transférée dans un service de médecine.

Le 30 janvier, après un nouvel examen, la malade est opérée. L'intervention fut délicate. Un gros fibrome intraligamentaire remplissait la moitié droite du pelvis, ayant refoulé les annexes de ce côté et l'utérus lui-même en arrière. Cette torsion du corps utérin était d'ailleurs perceptible au toucher. La masse néoformée rendait difficile la recherche des vaisseaux et la ligature de l'utérus constitua un des points les plus délicats de l'opération.

L'endomètre, mesuré après hystérectomie subtotale, avait 10 centimètres (corps seul).

La cavité utérine était postérieure, toute la tumeur s'étant développée en avant.

Une hystérométrie intempestive aurait pu perforer la cloison postérieure de l'organe. Réunion par première intention, malgré une bronchite que la malade a contractée le jour de l'opération.

OBSERVATION XI

Docteur SÉJOURNET, Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1923.

Appelé pour des accidents de rétention d'urine dont le brusque début, l'avant-veille, avait déjà nécessité un sondage, je me trouvais en présence d'une femme de 50 ans, ayant un assez bon état général apparent, quoique un peu anémiée et un peu amaigrie. Toute l'histoire clinique se résumait à des pertes hémorragiques de moyenne abondance, mais continues, alternant avec des pertes leucorrhéiques, épaisses, verdâtres, légèrement fétides.

La malade avait quelques douleurs lombaires et une sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Les fonctions intestinales étaient normales.

La palpation de la région sus-pubienne met en évidence la présence d'une masse dure qui, débordant le pubis d'un travers de main, paraît s'inclure dans le petit bassin, sans avoir de limites précises.

L'examen vaginal permet de reconnaître une volumineuse tumeur développée dans un vagin distendu à l'extrême, au point de dépasser les limites du petit bassin et de remonter dans la cavité abdominale. Cette tumeur était parfaitement immobile, moulée qu'elle était sur les parois de l'entonnoir pelvien, et non seulement elle ne se laissait pas abaisser, mais encore n'avait aucune tendance à faire hernie du côté de la vulve.

Je posai le diagnostic de tumeur fibreuse intravaginale. Il était impossible d'en préciser le point de départ. Ce ne fut que plus tard que je fus autorisé à dire que l'origine était utérine. Pour le moment, je fis quelques réserves sur la possibilité d'une origine vaginale, bien qu'il soit exceptionnel de rencontrer des fibromes du vagin atteignant un volume aussi considérable.

De toute façon, les troubles urinaires qui venaient de s'installer et l'état de subinfection commandaient une intervention chirurgicale rapide.

Opération le 20 novembre 1922. — Anesthésie chloroforme. Je m'efforçai d'abord d'abaisser la tumeur par une forte traction; elle était si bien fixée dans le vagin qu'il me fut impossible de l'abaisser. Je décidai donc d'en pratiquer le morcellement.

La tumeur extraite, une vaste zone de décollement saignait dans le vagin. Il ne pouvait être question d'hémostase directe, et je me contentai d'un tamponnement serré avec des mèches. Le toucher vaginal, à ce moment, ne permit pas de se rendre compte de la situation de l'utérus et encore moins de reconnaître le col.

Les suites opératoires furent simples.

Le tamponnement fut enlevé au quatrième jour et la malade se leva au douzième jour.

La pièce enlevée pèse 650 grammes.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibromyome vraisemblablement développé au niveau du museau de tanche.

OBSERVATION XII

M. THOMAS, Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg, 1924.

Il s'agit d'une vieille fille de 43 ans, vierge, qui est prise brusquement, dans la nuit du 14-15 février 1923, de violentes douleurs dans le bas-ventre, sans vomissements, sans arrêt de gaz. Depuis la veille, elle est incapable d'émettre la moindre goutte d'urine. Vers le matin du 15, les règles surviennent. Depuis un an, elle ressent quelquefois de vagues douleurs dans l'abdomen. A trois reprises, les règles ont manqué pendant deux ou trois mois. Les pertes de sang n'ont jamais été exagérées et n'ont jamais été accompagnées de douleurs prononcées.

Je la vois pour la première fois le 15 au matin. Je trouve un ventre fortement distendu dans le bas par une tumeur remplissant une grande partie du bassin, s'élevant à deux doigts au-dessus de l'ombilic, de consistance kystique immobile, arrondie dans le haut. Le toucher révèle la persistance de l'hymen, un vagin étroit et peu profond. Le col de la matrice se trouve à un doigt au-dessus de la symphyse, dirigé vers le haut, en continuité avec une tumeur dure, lisse, indolore, immobile, qui remplit le petit bassin, bombe fortement vers le bas et a la consistance d'un fibrome.

Cette tumeur est en relation directe avec la tumeur kystique décrite plus haut. Prévoyant les mêmes difficultés que pendant le travail lorsque la tête est déjà fortement engagée, je cherche une sonde masculine et je pénètre sans grande difficulté dans la vessie, de laquelle je puis retirer environ 70 cc. d'une urine absolument limpide.

Je refais le toucher et ne constate aucun changement du côté de la tumeur abdominale. Je m'arrête au diagnostic de fibrome de la matrice en rétroflexion avec tumeur kystique, peut-être d'origine ovarienne, accolée au fibrome. A partir de ce moment, elle arrive à émettre, toutes les cinq-six heures, quelque 70-90 cc. d'urine. Le 20 février, les pertes de sang s'arrêtent. La température est normale, le pouls bat à 76. Comme la miction reste toujours imparfaite, l'entourage et la malade comprennent la nécessité de l'opération, à laquelle je procède le 22 février.

Vu les complications possibles, je me charge moi-même du sondage. Mais j'emploie cette fois-ci la petite sonde droite en verre que je suis obligé d'introduire verticalement et j'ai la surprise de voir s'écouler près de 3 litres d'une urine absolument limpide. La tumeur kystique s'est complètement affaissée; elle représentait la vessie distendue, ainsi que je l'avais pensé au premier abord.

Me méfiant de l'élévation de la vessie, j'arrêtai l'incision de la paroi abdominale environ à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Malgré cela, mon dernier coup de bistouri ouvrit une cavité préperitonéale de la grandeur d'une pomme, s'étendant vers la cavité de Retzius, à parois lisses, mais sans aucune ouverture. Je fis une boutonnière dans le péritoine un peu plus haut et je vis que, heureusement, la vessie se trouvait à une bonne distance de cette cavité.

Le reste de l'opération se déroula tout simplement.

Six heures après l'opération, l'opérée urinait spontanément en vidant complètement sa vessie. Les urines étaient parfaitement claires. Depuis ce moment, il n'y eut plus jamais de troubles de la miction.

Le quatorzième jour, l'opérée sortit guérie.

La pièce anatomique se compose de deux noyaux fibromateux, de la paroi postérieure de la matrice, formant un bloc de la grandeur d'un poing d'adulte. Le fond de la matrice est surmonté de quatre petits fibromes pédiculés, chacun environ de la grandeur d'une prune.

OBSERVATION XIII

Volumineux fibrome de laèvre postérieure du col utérin, par M. E. VAYSSIÈRE. Rapporteur, M. CHAUVIN, à la Société de chirurgie de Marseille du 22 novembre 1926. In *Archives provinciales de Marseille et Archives franco-belges*, 1926.

Femme de 34 ans. Accouchement il y a quinze ans. Suites normales (juin 1915).

Augmentation du volume du ventre avec quelques malaises à partir de septembre 1926; quelques douleurs irradiées vers la face

antéro-externe, avec mictions pénibles, comparables aux troubles du prostatisme.

A partir du 1^{er} novembre, dysurie.

Le 15 novembre, rétention totale d'urine.

En vain le médecin de la malade cherche à évacuer la vessie par une sonde de femme modèle courant. Ne pouvant y arriver, il fait appeler le docteur Chauvin qui pratique le sondage après avoir enfoncé profondément une sonde en gomme n° 18.

A l'examen génital, le doigt touche une masse volumineuse, dure, occupant le Douglas, et il y a une difficulté assez grande à découvrir une simple fente cervicale, très haut située derrière le pubis et refoulée contre ce dernier.

Diagnostic : fibrome pelvien ; l'intervention s'impose.

Opération le 16 novembre par anesthésie rachidienne : 12 centigrammes de syncaïne, anesthésie excellente.

A l'ouverture du ventre, le corps utérin et les annexes apparaissent surplombant la tumeur ; le corps se confond avec elle. La vessie refoulée, contre le pubis, forme, malgré sa vacuité, un bourrelet gênant.

Libération facile des annexes ; ligature des pédicules à droite et à gauche, dégagement rapide de la vessie, mais le pôle inférieur de la tumeur demeure inabordable ; fibrome incarcéré dans le petit bassin. En avant, le col n'est pas perceptible et on a l'impression que les tractions exercées sur la lèvre antérieure après incision du vagin aboutiraient plutôt à un arrachement de l'utérus.

La tumeur cervicale postérieure reste toujours bloquée dans le pelvis. D'où il est décidé de pratiquer une hystérectomie avec morcellement du myome.

Pincement des utérines et incision circulaire péri-utérine englobant le pôle supérieur de la tumeur et section du vagin au ras du col.

L'utérus enlevé avec un tiers du fibrome, le reste de la masse se décolle facilement et l'intervention se termine sans incidents.

Opérée depuis quatorze jours, la malade a des suites normales et les mictions sont désormais faciles.

OBSERVATION XIV

M^{me} BERCHON et M. GUÉRIN, *Journal de médecine de Bordeaux*, janvier 1928.

Il s'agit d'une femme de 52 ans qui n'est plus réglée depuis trois mois et entre à l'hôpital pour rétention d'urine.

Elle présente un fibrome mou, volumineux, occupant le fond utérin et non inclus dans le petit bassin et un petit fibrome antérieur plus dur.

L'intervention conduit sur une tumeur qui a les apparences d'un utérus gravide au troisième mois, coloration rouge violacé, grosses veines serpentine, consistance molle. Dans la région isthmique antérieure existe un petit fibrome qui fait une forte saillie au niveau de l'urètre.

L'incision d'un ovaire montre un corps jaune, volumineux. Cependant col et corps utérin paraissent se dessiner en avant de la tumeur avec l'utérine sur les bords ; dans le doute, on fait une ponction qui est blanche.

Hystérectomie subtotal.

L'incision de la pièce entraîne l'énucléation d'une tumeur lisse, arrondie, fluctuante, du volume des deux poings, qui a toutes les apparences d'un œuf. Son ouverture seule permet de dire qu'il s'agit d'un utérus fibromateux.

CONCLUSIONS

I. — La rétention d'urine liée à la présence d'un fibrome utérin est observée en moyenne dans 3 p. 100 des cas de fibromes.

II. — La rétention d'urine complique souvent les fibromes sous-péritonéaux, n'ayant trahi leur présence par aucun des signes fonctionnels classiques. En présence d'une rétention d'urine chez la femme, on devra rechercher la présence d'un fibromyome utérin.

III. — La rétention d'urine complique surtout les fibromes de la face postérieure (col et corps) dont l'utérus est en rétroflexion (analogie avec la rétention d'urine observée dans la rétroversion de l'utérus gravide).

IV. — L'intervention fait cesser complètement les troubles, d'où indication formelle d'opérer précocement, sans attendre le retentissement rénal que l'on recherchera avant l'intervention.

V. — Les rapports anatomo-pathologiques de l'utérus fibromateux et de l'appareil urinaire mettent en évidence deux points importants :

a) La vessie est constamment élevée : incision ombilicale prudente;

b) La situation des uretères dans le ligament large au niveau de la portion sus-vaginale du col fait comprendre avec quelles précautions on devra effectuer le clivage de cette région dans les cas de fibromes volumineux.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 23 juillet 1928.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN et GUYON. — Anatomie et physiô-pathologie de la rétention d'urine. *Archives médicales et expérimentales*, Paris, 1890.
- ALBUTT et PLAYFAIR. — *Gynecology*, 1904.
- AMUSSAT. — Tumeurs fibreuses de l'utérus, 1842.
- ARTHUR et GILES (E.). — Gynécological diagnostic, 1906.
- BARNES. — *Lancet*, 1875, t. I, p. 5 et suiv.
- BÉRARD et MURARD. — *Lyon médical*, 1911, t. II, p. 538.
- BAR. — La pratique de l'art des accouchements.
- BERNE-LAGARDE (DE). — Ne ponctionnez plus la vessie. *L'Hôpital*, 1923.
- BONNET. — Rétention d'urine dans les fibromes utérins. Thèse Paris, 1925.
- BOURSIER. — Des indications opératoires dans les fibromes utérins. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1902.
- BOUVIER. — Les fibromes de l'utérus intraligamentaires. Thèse Bordeaux, 1902.
- BOTTARO. — *Revue médicale de l'Uruguay*.
- BOVÉE. — *Practice of obstetric*, 1906.
- BRIN. — Des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes. *Archives médicales d'Angers*, 1905, p. 321.
- BUDIN. — Extrait des *Archives de tocologie*, 2^e année, 1875.
- BURGOS. — Des troubles urinaires causés par les fibromes utérins. *Revista medica de Sao-Paulo*, 1912.
- BLAND-SUTTON. — A topographical and clinical study of fibroids of the neck of the uterus. *Lancet*, 1904, p. 931.
- CHAVANNAZ et LOUBAT. — Fibromes avec prolongements pelviens sans phénomènes de compression. Société d'obstétrique, Paris, 1911.

- CHAUBET. — Contribution à l'étude des fibromyomes vaginaux. Thèse Lyon, 1922-1923.
- CAILLAUD. — *Bull. Société anatomique*, 1911, p. 595.
- CASTET. — Complications urinaires des fibromes utérins. Thèse Bordeaux, 1906.
- CIVIALE. — Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.
- CHRISTOPHER. — Large fibromyome du col avec trouble vésical. *Am. Journ. of obst. and gyn.*, 1926.
- CONSOLI. — *Arch. di obst. et gyn.*, 1917, p. 372.
- COULON. — De la cystite perforante gangreneuse dans les compressions de la vessie. Thèse Bordeaux, 1922.
- COUVELAIRE. — Compte rendu de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, mars 1910. Discussion.
- CRIVELLI. — Les rétrodéviations de l'utérus gravide. Thèse Paris, 1920.
- CROUSSE. — Les fibromes de la portion sus-vaginale du col utérin. *Gynécologie et obstétrique*, 1922-1923.
- CULMEN. — La rétention d'urine chez la femme. *Prensa medica Argentina*, 1923, p. 702.
- DELBET. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus et rétention d'urine. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1894.
- Des modifications apportées à la forme et au fonctionnement de la vessie par les divers états physiologiques et pathologiques de l'utérus. *Paris chirurgical*, 1922.
- *Encyclopédie française d'urologie*.
- DELEUZE. — Thèse Lyon, 1901.
- DIONNET. — Contribution à l'étude des troubles urinaires au cours de l'évolution des fibromes utérins. Thèse Lyon, 1913.
- DUBOIS. — Traité de physiologie générale, t. III, 1927.
- DUVERGEY. — Cystite perforante consécutive à une rétroversion de l'utérus gravide. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 janvier 1922.
- Fibrome de la face antérieure du vagin et rétention d'urine. *Journ. de méd. de Bordeaux*.
- FAURE (J.-L.). — Compte rendu de la Société d'obstétrique et de gynécologie, 1906, p. 143. Discussion.

- FLECHTER-SCHAW. — *British medical Journal*, 1927, p. 72.
- FOURESTIE. — Sur les complications des tumeurs fibreuses de l'utérus. *Gazette médicale*, 1875, p. 69.
- FIFAROFF. — Fibromyome de la portion cervicale de l'utérus. Lénin-grad, 1924.
- FRAYSSE. — De l'anurie au cours des fibromes utérins et des kystes de l'ovaire. Thèse Bordeaux, 1904.
- FRAISSE. — Notes sur la topographie de la vessie et de l'urètre chez la femme. *Semaine gynécologique*, 1898.
- GAUDICHON. — Les tumeurs bénignes et malignes de la paroi antérieure du vagin. Thèse Bordeaux, 1920.
- GENOUVILLE. — Contractilité du muscle vésical à l'état normal et pathologique. Thèse Paris, 1895.
- GERNEZ. — Troubles urinaires et fibromes utérins. *Médecine*, 1921-1922.
- GUILLAUME. — Fibrome et ménopause. Thèse Lyon, 1910.
- GUYOT et JEANNENEY. — Fibrome utérin et rétention d'urine. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1913, p. 171.
- GILIS. — Rapport de l'uretère dans le plancher pelvien chez la femme. C. R. Soc. anatomique, Montpellier, 1902.
- GLANTENAY. — Anatomie de l'uretère. Thèse Paris, 1895.
- GUÉRIN et BERCHON (M^{me}). — Fibrome et rétention d'urine. *Journal de méd. de Bordeaux*, 25 janvier 1928.
- GILLETTE. — Recherche anatomique sur les veines de la vessie et les plexus veineux intrapelviens. *Journal d'anat. et de physiologie*, 1868.
- GUYON. — Des corps fibreux de l'utérus. Concours pour l'agrégation, 1860.
- GORDON-LUCKER (S.). — Rupture de la vessie et rétroversion de l'utérus gravide. *Obst. et gyn.*, 1920.
- GRIPEKOWEN. — Étiologie de la rétention d'urine. *Le Scalpel*, 1927, p. 907.
- GROSSE (A.). — Rétroversion de l'utérus gravide. *Gynécologie et obstétrique*, 1927.
- HAREL. — Des fibromes de la portion susvaginale du col de l'utérus. Thèse Montpellier, 1919.

- HARDIE. — On a cause of retention of urine in fibrous tumour of the uterus with cases. *Edimbourg med. Journal*, 1874, p. 581.
- HARTMANN. — Hématuries vésicales dans la rétention d'urine. *Bulletin de la Société anatomique*, 1888.
- Les hématuries dans les fibromes utérins. *Annales de gyn. et obst.*, 1901, p. 192.
- HARTMANN et BONNET. — Les troubles vésicaux dans les fibromes utérins. *Gynécologie et obstétrique*, Paris, 1924.
- HUBERT. — L'albuminerie dans les fibromes. Thèse Bordeaux, 1898.
- HAULTAIN. — A clinical and anatomical study of shirty cervical fibroids removed by abdominal hysterectomy. *Edimb. med. Journ.*, 1907.
- HARTMANN. — Kystes hydatiques pelviens et rétention d'urine. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 605.
- IAHSKE O'PANKOW. — Manuel de gynécologie, 1923, p. 382.
- IZARD. — Essai anatomique, pathogénique et clinique sur la région utéro-vésicale. Thèse Paris, 1903.
- KAGAN (M^{lle}). — Contribution à l'étude des troubles vésicaux chez la femme en dehors de la grossesse. Thèse Paris, 1912-1913.
- KELLER. — Enclavement intermittent des tumeurs pelviennes. *La Gynécologie*, 1923, p. 412.
- KOLISCHER. — Clinical relations of the female bladder to the other organs. *The urologie and cutaneous review*, avril 1920, p. 185.
- KUHN. — Troubles de la vessie consécutifs à l'utérus gravide rétro-déplacé et incarcerated. *Aerztliche Rundschau*, 1927, p. 87.
- LABEY et TIXIER. — Indication du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. Rapport au III^e Congrès de chirurgie, 1924.
- LEGAL-LASSALLE. — Des fibromes du col de l'utérus. Thèse Paris, 1913-1924.
- LEFÈVRE. — A propos de deux cas de fibromes utérins dits urinaires. Soc. obst. et gyn. de Toulouse; in *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1927, p. 576.

- LERAT. — La rétroversion de l'utérus gravide et son traitement. Thèse Paris, 1911.
- LEGUEU. — Des relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 681.
- Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col utérin. *Journal d'urologie*, 1912.
- LEJARS. — Notes sur les fibromes cervicaux à développement antérieur. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie*, 1906, p. 142.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- LE LORIER. — Société d'obst. et de gynécologie de Paris, novembre 1923. Discussion.
- LOUBAT et MANGÉ. — Hématurie vésicale, complication de fibrome utérin. *Bull. de la Soc. d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux*, 1923, p. 498.
- LOUMEAU. — Fibrome simulant une tumeur de la vessie. *Annales de la polyclinique de Bordeaux*, 1901.
- MADON et GUIBAL. — Rétention d'urine par fibrome utérin à symptomatologie atypique. Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier, 1924.
- MARTIN. *Comptes rendus de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1906, p. 143. Discussion.
- MONOD. — Étude clinique de la cystite chez la femme considérée spécialement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. *Annales de gynécologie*, 1880, p. 167.
- METZGER. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, novembre 1923. Discussion.
- MEYER (Ch.). — Fibrome utérin intraligamentaire avec fibrome de l'ovaire. *Gyn. et obst.*, 1921, p. 599.
- MICHON. — Rétention d'urine incomplète et pollakiurie. Myomectomie abdominale. Guérison. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898, p. 825.
- MINET. — Troubles urinaires et rétroversion de l'utérus gravide. Thèse Paris, 1927.
- NICOLSKY. — Évolution et complications des fibromes utérins. Thèse Paris, 1922-1923.

- OGANDJANIAN TZ (M^{lle}). — Les fibromes de la portion sus-vaginale du col de l'utérus. Thèse Montpellier, 1920.
- PATEL. — Fibrome de la face postérieure du vagin. Société de chirurgie de Lyon, 1922.
- PELLANDA. — La mort par fibromyomes utérins. Thèse Lyon, 1904-1905.
- PINARD et VARNIER. — Contribution à l'étude de la rétroversion de l'utérus gravide. *Annales de gynécologie et d'obst.*, 1886 et 1887.
- POURRAT. — Complications urinaires des corps fibreux de l'utérus. Thèse Paris, 1884-1885.
- POTOCKI. — Utérus gravide à terme fixé en rétroversion par des adhérences périmétriques. *Obst. et gyn.*, 1920, p. 412.
- POUSSON. — Incontinence d'urine chez une femme atteinte d'un fibrome de l'utérus enclavé dans le petit bassin. *Journal d'urologie*, 1920.
- PAPIN. — *Encyclopédie française d'urologie*.
- POZZI. — La myomectomie abdominale. *Presse médicale*, 1908, p. 849.
— *Traité de gynécologie*, 4^e édition, p. 352.
- PURSLow. — A case of retention of urine due to the pressure of a fibroid tumour of the uterus at the age of 25 years. *Lancet*, London, 1904, t. II, p. 303.
- PANTALONI. — La portion pelvienne des uretères chez la femme. Thèse Paris, 1889.
- PETIT. — Les rapports pelviens des uretères chez la femme. *Gaz. méd. de Paris*, 1897.
- RABÈRE. — Fibrome utérin développé aux dépens de la portion latérale gauche du col. Société anatomique de Bordeaux; in *Journal de médecine de Bordeaux*, 1911, p. 812.
- RAICHSTEIN (M^{lle}). — Rétroversion de l'utérus gravide. Thèse Paris, 1910.
- REL. — *Am. Journal of obst. et gyn.*, 1927, p. 386.
- REED. — The etiology of the retroflexion of the gravid uterus. *Journal of obstetric*, 1905, p. 145.
- ROBERT TILDEN FRANCK. — Gynécolog. et obst. pathology.
- ROCHE. — Utérus fibromateux avec troubles urinaires. *Bulletin Société d'anatomie et physiologie de Bordeaux*, 1902, p. 243.

- ROCHET. — Des indications opératoires que présentent certaines tumeurs ayant comprimé les uretères et déterminé des lésions rénales. *Gaz. des hôpitaux*, 1897, p. 147.
- ROUFFART. — Quelques indications de traitement opératoire des fibromes utérins. *Gynécologie et obstétrique*, 1924, p. 410.
- ROUSTIT. — Cystoscopie dans les lésions inflammatoires utéro-annexielles. Thèse Montpellier, 1922.
- SANTY et TIXIER. — Gros fibrome sous-muqueux du segment inférieur. Société des sc. médicales de Lyon; in *Lyon médical*, 1914, p. 232.
- SAMUEL CAMERON. — *Manuel de gynécologie*, p. 239, 324-326.
- SCHAUTA. — *Manuel de gynécologie*, 1907.
- SCHICKELÉ. — Quels sont les fibromes qu'il faut opérer? *Paris médical*, 1924, p. 572.
- Rupture spontanée de la vessie pendant la grossesse. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1923.
- SCHMIDT. — Situation de la vessie dans les fibromes utérins. *Medical record*, 1905.
- SCHOCKAERT. — Fibromyome péritonéal inséré sur la face postérieure de la portion sus-vaginale du col. *Gynécologie*, 1923, p. 510-513.
- SÉJOURNET. — Fibrome du col de l'utérus remplissant tout le vagin (compression des organes voisins). *Bull. Soc. obst. et gyn.* 1923, n° 6.
- SÉVASTOPULO. — Des hystéromes. Thèse Paris, 1875.
- SIEBERG. — Troubles urinaires provoqués par les fibromes du col. *Journal d'urologie*, 1912.
- SIREDEY. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, novembre 1923. Discussion.
- TAVERNIER et CHALIER. — Volumineuse rétention d'urine simulant un kyste de l'ovaire tordu et liée à l'existence d'un fibrome, latent de l'isthme utérin. In *Lyon médical*, 1914, p. 699.
- TERRILLON. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1884.
- TÉDENAT. — Sur les fibromyomes du col de l'utérus. Montpellier, in *Bull. de la Société d'obst. et de gyn. de Paris*, 1914.

- THOMAS. — Rétention complète d'urine par un fibrome de la face postérieure de la matrice en rétroflexion. Soc. d'obst. et de gynécologie de Strasbourg, février 1924.
- THOMAS WATTS EDEN. — *Manuel de gynécologie*, 1923.
- THOMAS WATTS EDEN et CUTHIRST LOCKIER. — *New system of gynecology*.
- TREUB (H.). — *Gynécologie*, p. 306.
- Congrès de gynécologie, obstétrique et pédiatrie d'Alger. In *Gynécologie et obst.*, Paris, 1887, p. 315.
- TRILLAT. — Étude sur quelques points concernant les troubles urinaires dans les rétroversions de l'utérus gravide. *Ann. de gyn. et obst.*, Paris, 1907, p. 148.
- TRIBONDANI. — Contributo clinico e anatomico patologicoallo studio dei fibromi cervicali. *Annali di gynecologia e obstetrica*, Milano, 1900.
- VANVERTS. — La rétention d'urine dans les fibromes utérins. Réunion obst. de Lille, 25 juin 1927; in *Bull. Soc. obst. et gyn.*
- VAYSSIÈRE. — Volumineux fibrome de la lèvre postérieure du col utérin. *Archives provinciales de chirurgie et Archives franco-belges*, 1926.
- VARNIER et DELBET. — Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme. Obstruction pelvienne par un fibrome adhérent. *Annales de gynécologie*, 1897.
- VENOT. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes. *Annales de gynécologie*, 1907, p. 287.
- VERNET (S. Gil). — *Rev. méd. de Barcelone*, 1926, p. 417-421.
- VERGELY. — Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral. Thèse Paris, 1900.
- VERNOT. — Accidents et complications urinaires au cours des fibromes. *Ann. de gyn. et obst.*, 1887.
- VERRIOTIS et DEFRISE. — Diverticules urétéraux chez la femme. *Journal d'urologie médicale et chirurgicale*, 1926-1927.
- VILLAR. — Volumineux fibrome utérin développé aux dépens du col et inclus dans le ligament large. Hystérectomie abdominale totale. Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux; in *Journal de médecine de Bordeaux*, 1906, p. 155.

VIOLET. — L'hémisection utérine dans les fibromes cervicaux postérieurs. *Lyon médical*, 1909, p. 1150.

— Myome cervical antérieur avec troubles vésicaux. *Lyon médical*, 1927.

VORON. — Gros fibrome cervical. *Bull. Soc. obst. et gynécologie*, 1921, p. 496.

VON ZUR MUEHELEN. — *Centralblatt. für Gynecology*, 1927, p. 2483.

WEST (J.-W.). — A propos des fibromyomes du segment inférieur de l'utérus. *Am. Ass. obst. et gyn.*, 1913, p. 273.

WITT (J.). — *Manuel de gynécologie*, 1907, p. 54.



